FACULTE de MEDECINE de CAEN

Année 1973

N° 96

THESE

pour le

DOCTORAT en MEDECINE

Diplôme d'Etat

ETUDE de 130 CŒLIOSCOPIES Pratiquées dans le Service de Gynécologie Obstétrique de CAEN

---

par

M. Michel SERRE

né le 29 OCTOBRE 1942 à AVIGNON -84-

Présentée et Soutenue Publiquement le: 20 FEV. 1973

Président: M. le Professeur: G. LEVY

A.C.E.M.C. Editeur

Reproduction du sceau original de la Faculté de Médecine de CAEN, fondée en 1438

Imprimé à Caen par A.C.E.M.C. Polycopie

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Université de CAEN

FACULTE DE MEDECINE

-:-

PROFESSEURS

MM.	FERNANDEZ	Physique médicale
	FOUCAULT	Pathologie expérimentale
	GUIHARD	Pédiatrie
	LACROIX	Clinique et pathologie chirurgicales B
	LEMAIRE	Physiologie
	LEMENAGER	Clinique médicale A
	LEVY	Clinique obstétricale
	LHIRONDEL	Clinique médicale infantile
	OLIVIER	Clinique médicale B
	PHELINE	Anatomie
	POULAIN	Médecine opératoire
	SAVINI	Pharmacologie
	VALLA	Médecine générale et thérapeutique
	VILLEY	Clinique médicale C

PROFESSEURS SANS CHAIRE

MM.	BRION	Psychiâtrie
	FABRE	Physiologie
	IZARD	Histologie et Embryologie
	MOREL	Bactériologie, virologie
	MORIN	Neurologie
	POILPRE	Psychiâtrie

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

MM.	BAZIN	Thérapeutique, réanimation médicale
	BEUVE-MERY	Médecine interne
	BEZARD	Chirurgie générale
	DAVERNE	Electro-radiologie
Mle	DENIZET	Radiologie
	DESCHAMPS	Dermatologie
	DROSDOWSKY	Biochimie médicale
	EVRARD	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
	GAUBERTI	Médecine préventive et santé publique, hygiène
	GIGNOUX	Chirurgie générale
	LECHEVALIER	Neurologie
	LEYMARIE	Biochimie médicale
	LOYAU	Rhumatologie
	MANDARD	Anatomie pathologique
	MOULIN	Pharmacologie
	QUESNEL	Anesthésiologie
	ROUSSELOT	Anatomie pathologique
	THERET	Histologie et embryologie
	THOMAS	Immunologie, hématologie
	VENEZIA	Pédiatrie
	ABBATUCCI	Radiologie (Maître de conférences associé).

A mes Parents,

qui m'ont tant soutenu dans la
poursuite de mes études.

A ma Famille,

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41550825_0001

A Monsieur le Professeur LEVY,

A qui j'exprime ma profonde reconnaissance pour m'avoir accueilli dans son service, guidé dans l'élaboration de ce travail et fait l'honneur de bien vouloir présider cette thèse.

A Monsieur le Professeur VALLA,

dont je garde le meilleur souvenir des enseignements théoriques et pratiques.

A Monsieur le Professeur VILLEY

qui m'a appris la rigueur de la démarche conduisant à un diagnostic clinique.

A Monsieur le Professeur GUIBE,

que je remercie d'avoir bien voulu accepté de juger ce travail.

PLAN DE CE TRAVAIL

Cette étude, concernant I30 coelioscopies par voie ombilicale, pratiquées dans le service de la Maternité de CAEN, au cours des années I970, I97I et premier trimestre I972, sera divisée en deux parties.

1ère PARTIE

Nous envisagerons d'abord :

- les considérations générales sur la coelioscopie, page 4
- l'historique, page 5
- l'instrumentation, page 7
- la tactique opératoire, page II
- les incidents et accidents, page I6
- les contre-indications, page 2I.

2ème PARTIE

Ensuite, nous considérerons :

- l'analyse d'ensemble de nos indications et résultats, page 23
- l'étude des observations coelioscopiques que nous avons classées suivant qu'il s'agissait
  - -- d'une pathologie ovarienne, page 34
    - .. tumeurs bénignes, page 35
    - .. tumeurs malignes, page 40
    - .. dystrophies, page 43

-- d'une pathologie pelvienne, page 50
.. phénomènes hémorragiques, page 5I
.. phénomènes inflammatoires, page 58
.. varicocèles, page 67.

-- de fibro-myomes utérins, page 68

-- de lésions d'endométriose, page 70

-- d'une pathologie associée à une grossesse intra-utérine, page 73

-- d'anomalies congénitales de l'appareil génital interne,
.. au niveau des gonades, page 75
.. au niveau de l'utérus, page 77

-- de stérilisations tubaires per-coelioscopiques, page 80.

CONCLUSIONS, page 82.

BIBLIOGRAPHIE, page 84.

-:-

1ère PARTIE

=:=:=:=:=:=:=:=:=:=:=:=:=

CONSIDERATIONS GENERALES SUR LA COELIOSCOPIE

La coelioscopie consiste en l'exploration des différentes parties de la cavité péritonéale préalablement distendue par un pneumopéritoine. Elle peut être réalisée par deux voies d'abord :

- la voie haute, transpariétale, ou coelioscopie proprement dite.
- la voie basse, transvaginale, ou culdoscopie.

Cet examen occupe, depuis une vingtaine d'années, une place de choix dans les méthodes d'investigation gynécologique, de par :

- sa valeur diagnostique qui approche celle de la laparotomie exploratrice,
- son caractère atraumatique n'imposant qu'une hospitalisation de 24 à 48 heures,
- le peu de contre-indications qu'elle présente : la seule, absolue, étant l'absence d'un coelioscopiste entraîné (Palmer).

Mais il s'agit d'un examen spécialisé qui, en aucun cas, ne peut remplacer les explorations gynécologiques courantes. Son exercice demande un long apprentissage et "ne doit être pratiqué que par un chirurgien gynécologue, celui-là même qui aura à effectuer la laparotomie si celle-ci s'avère utile ou nécessaire" (Palmer).

HISTORIQUE

C'est à NITZE, en I879, que revient la première communication concernant l'endoscopie cavitaire. En I90I, KELLING, chirurgien à DRESDE, décrit la méthode sur le chien, et, IO ans plus tard, il l'appliquera à l'homme.

En I9I2, JACOBEUS de Stockholm, rapporte les résultats endoscopiques de son expérimentation sur l'homme et dénomme sa méthode "Laparoscopie".

La même année, aux Etats-Unis, BERNHEIM publie deux observations endoscopiques.

Un an plus tard, RENON introduit la laparoscopie en France.

A partir de cette époque, l'endoscopie fait l'objet de nombreux travaux qui, pour la plupart, concernent l'exploration de la cavité pleurale. Mais c'est seulement en I937 que RUDDOK et HOPE aux Etats-Unis, rapportent 900 laparoscopies gynécologiques sans incident, et soulignent l'intérêt de la coelioscopie dans le diagnostic de grossesse extra-utérine.

La même année, ANDERSON signale déjà la possibilité de stérilisation tubaire par diathermie coagulation au cours de la coelioscopie.

Après quelques années d'oubli, PALMER en I943, relance la coelioscopie en France. Il utilise une canule d'insufflation qu'il introduit dans l'utérus afin de le basculer en antéversion forcée, "faisant ainsi bailler l'espace recto-utérin et flotter les annexes, ce qui permet de les inspecter sur toutes les faces" (PALMER).

Jusqu'à cette époque, seule la voie d'abord transpariétale avait été utilisée ; c'est alors qu'en I944, DECKER de New-York, met au point une nouvelle méthode d'exploration gynécologique : la culdoscopie ou "coelioscopie" par voie transvaginale, la patiente étant en position genu-pectorale. Cette technique présente deux inconvénients : la chute des trompes dans les gouttières latérales, rendant leur inspection difficile, et la position inconfortable de la malade.

En I946, PALMER utilise cette technique sur une patiente en position gynécologique, ce qui évite les ennuis de la méthode de DECKER.

Cependant, malgré l'amélioration apportée par PALMER, le nombre des partisans de la voie d'abord abdominale ne cesse d'augmenter.

Ainsi, dès I946, les principes de l'examen coelioscopique se trouvent définis et les nombreuses publications de ces vingt dernières années, dont celles de PALMER, THOYER-ROZAT, FRANGENHEIM, n'ont fait que préciser la technique et les indications de cette exploration dans les divers syndromes gynécologiques.

INSTRUMENTATION

Nous ne ferons état dans ce chapitre, que de l'instrumentation utilisée dans le service en rappelant que, seule la coelioscopie transpariétale fut employée dans notre série d'observations.

I - LA SALLE ET LA TABLE D'OPERATION :

La coelioscopie, pour bénigne qu'elle soit, n'en reste pas moins un acte chirurgical. Elle doit donc être pratiquée en salle d'opérations "avec toutes les précautions d'asepsie d'une laparotomie" (PALMER).

La table doit permettre un Trendelenburg complet, des épaulières rembourrées bloqueront la patiente en position gynécologique : le siège débordant légèrement le bout de la table et les jambes modérément écartées et demi-fléchies par des supporte-jambes adéquats. Une planchette maintiendra le bras droit de la malade assez près du corps et ainsi l'anesthésiste pourra facilement "garder" une veine.

II - MATERIEL A PNEUMOPERITOINE :

Il se compose d'une aiguille et de l'appareil à insufflation.

A) L'aiguille :

Nous utilisons celle mise au point par DRAPIER et PALMER : il s'agit d'une aiguille à ressort automatique comprenant un trocart à l'intérieur duquel coulisse un

tube mousse multiperforé qui injecte le gaz. Dès la traversée du péritoine, le mandrin mousse est projeté en avant par le ressort et, ainsi, pénètre seul dans la cavité péritonéale, ce qui évite la perforation des organes intra-abdominaux dans la mesure où un viscère n'est pas adhérent à la paroi.

B) L'appareil à insufflation :

Nous avons adopté le PANGYNOR. L'insufflation se fait progressivement et une surveillance clinique rigoureuse indique quand il y a lieu d'interrompre le pneumopéritoine.

C) Le gaz d'insufflation :

Nous utilisons le CO_2 qui, grâce à sa résorption rapide, limite la durée de la douleur scapulaire et le risque d'embolie gazeuse en cas d'effraction vasculaire.

III - L'ENDOSCOPE :

Il comprend :

- le trocart d'introduction du tube coelioscopique,
- le tube de coelioscopie,
- l'optique,
- la source lumineuse ou éclaireur.

A) Le trocart :

On utilise un trocart à pointe acérée de 9 mm de diamètre, de 20 cm de long, dans la lumière duquel coulisse un mandrin amovible et tranchant. Lorsque l'opérateur retire le mandrin, en vue d'introduire le tube coelioscopique, il place son pouce de manière à obturer l'orifice du trocart limitant ainsi la fuite du gaz.

B) Le tube coelioscopique :

Il est muni d'une platine destinée à recevoir l'optique et le quartz qui permet la transmission lumineuse à partir de l'éclaireur.

C) L'optique :

Nous utilisons l'optique à vision directe dont le champ d'ouverture est de 60°. Elle présente, par rapport aux optiques à vision latérale, l'avantage de s'orienter facilement, mais l'inconvénient de ne pas permettre de regarder derrière un obstacle sans l'aide d'un palpateur.

D) L'éclaireur :

Il s'agit d'une lampe de grande puissance, munie d'un verre catathermique qui filtre les rayons infra-rouges générateurs de chaleur, et qui est placée à l'extrémité proximale du tube coelioscopique. Sa lumière est transmise, par un système optique, à une baguette de quartz située dans le tube coelioscopique à l'extrémité distale duquel on obtient donc une source de lumière dite froide.

Nous utilisons un appareil de ce type, l'ENDOFAR de DRAPIER, qui nous donne toute satisfaction.

IV - LES AUTRES ACCESSOIRES :

A) La canule intra-utérine :

C'est classiquement la canule à embout long de l'appareil à insufflation et hystéro-salpingographie de RIAZI-PALMER qui, solidarisée à une pince de POZZI, permet la mobilisation de l'utérus sous contrôle de la vue endoscopique.

En fait, nous utilisons, tout simplement, une pince porte-tampon qui, placée dans le cul-de-sac vaginal postérieur, permet une bonne mobilisation de l'utérus et évite une manoeuvre intra-utérine d'ailleurs contre indiquée lorsqu'on suspecte une grossesse.

B) Le palpateur :

Le palpateur que nous employons fait partie de l'optique évitant ainsi une voie d'introduction particulière. Son but est de mobiliser un organe gênant la vue.

C) La seringue et l'aiguille à ponction :

Cet ensemble permet la réalisation d'une manoeuvre de sécurité préconisée par PALMER : après création du pneumopéritoine et avant introduction du trocart de coelioscopie, on ponctionne la paroi avec une aiguille et une seringue; si l'extrémité de l'aiguille est en péritoine libre, le piston de la seringue est refoulé par la pression intra-abdominale; si une anse intestinale est ponctionnée, l'aspiration ramène de la sérosité et du gaz malodorant.

D) Enfin, il faudra se munir :

- d'un bistouri pour l'incision des plans superficiels.
- d'une agrafe pour refermer la paroi après l'exploration.
- d'une aiguille pour ponctionner certains kystes de l'ovaire.
- d'une pince de PALMER pour section et électro-coagulation des trompes.

TACTIQUE OPERATOIRE

Nous n'envisagerons ici que la technique de la coelioscopie transpariétale péri-ombilicale, celle-là même que nous utilisons dans le service.

En introduction à ce chapitre, citons THOYER-ROZAT : "La coelioscopie est un acte chirurgical qui doit être exécuté par un chirurgien gynécologue, en salle d'opération, avec les précautions d'asepsie d'usage. Elle comporte une série de gestes très précis qui doivent se succéder dans un ordre rigoureux : c'est à cette seule condition que cet examen fait courir aux patientes un minimum de risques".

Nous diviserons ce chapitre en l'étude :

- des préparatifs,
- de la création du pneumopéritoine,
- de l'introduction de l'optique,
- de l'exploration coelioscopique.

I - LES PREPARATIFS :

La patiente, à jeun, reçoit la veille de l'intervention, une injection intra-veineuse de 20 ml de SORBITOL à 50 %; la même dose est répétée deux heures avant l'examen. Cette précaution a pour but "d'aplatir l'intestin, de faire disparaître tout météorisme et par là même de rendre l'exploration plus complète" (DELLENBACH, MULLER et LEVY). Un petit lavement évacuateur peut être nécessaire en cas de constipation opiniâtre.

Avant son arrivée en salle d'opération, la malade est préparée à l'anesthésie par une injection de DOLOSAL-PHENERGAN-ATROPINE, et sa vessie est vidée par sondage.

En salle d'examen, la femme est placée en position gynécologique et l'on pratique, à l'aide du PENTOTHAL-CURARE, une anesthésie générale que tous les auteurs, actuellement, préfèrent à une anesthésie locale, même FRANGENHEIM qui a pourtant longtemps utilisé cette dernière.

La malade est donc anesthésiée, en position gynécologique, le siège débordant légèrement le bout de la table, et des épaulières la bloquent dans cette position; les jambes sont maintenues demi-fléchies et écartées par des supporte-jambes. Après désinfection vulvo-vaginale et pose d'un spéculum, on met en place la canule d'insufflation intra-utérine ou une simple pince porte-tampon dans le cul-de-sac vaginal postérieur. Chez la jeune fille vierge, l'injection de hyaluronidase aux quatre points cardinaux de l'hymen permet sa distension et ainsi l'introduction de la pince porte-tampon. L'opérateur respecte les règles d'asepsie chirurgicale en revêtant une blouse et des gants stériles, il nettoie la paroi abdominale, s'assure que la vessie est bien vide et place les champs stériles.

II - LA CREATION DU PNEUMOPERITOINE :

C'est en fait le pneumopéritoine qui conditionne tout l'examen car, s'il est insuffisant, il expose, soit à la blessure des anses intestinales lors de la mise en place du trocart, soit à ne rien voir car celles-ci viendront au contact de l'optique.

A) Introduction de l'aiguille :

L'aiguille de DRAPIER et PALMER, que nous utilisons, est enfoncée au milieu d'une ligne joignant l'ombilic à la fossette sous-costale gauche, c'est-à-dire sensiblement à deux travers de doigts au-dessous de la partie moyenne du rebord costal gauche, le long du bord externe du muscle grand droit de l'abdomen.

L'aiguille est enfoncée perpendiculairement à la peau et dès la traversée du péritoine, le ressort intérieur pousse le mandrin mousse multiperforé.

B) Insufflation :

Il faut toujours vérifier, avant de relier l'aiguille à l'appareil d'insufflation, que celle-ci est bien en péritoine libre par la manoeuvre suivante : si on adapte à l'aiguille une seringue remplie d'air, le piston doit descendre du fait de la dépression abdominale et l'aspiration ne doit ramener ni gaz malodorant, ni liquide qui seraient les témoins de l'effraction d'un viscère creux.

Cela fait, on peut commencer l'insufflation de CO_2. La paroi abdominale se distend progressivement, globalement et symétriquement, et la matité hépatique disparaît. L'examen clinique, à ce stade, doit être très attentif, notant une éventuelle déformation localisée de la paroi, témoin de l'injection du gaz en tissu sous-cutané, dans un viscère creux, ou en péritoine cloisonné.

Ainsi, quand la paroi abdominale a atteint un état de tension suffisant, apprécié par l'examen clinique, que le tympanisme est étendu à toute la paroi, que la matité hépatique a disparu et que la vessie donne le signe du glaçon, on peut alors basculer la malade en Trendelenburg et introduire le trocart de coelioscopie.

III - INTRODUCTION DU TROCART ET DE L'OPTIQUE :

Dans notre technique, le trocart est introduit par voie péri-ombilicale.

On incise la peau et l'aponévrose au niveau de la marge de l'ombilic, soit horizontalement, soit verticalement, sur une longueur de 8 mm. L'épreuve à la seringue préconisée par PALMER, dont nous avons déjà parlé dans le chapitre instrumentation, s'assurera de l'absence d'une anse intestinale collée à la paroi.

A travers la brèche faite au bistouri, on introduit le trocart de coelioscopie en l'enfonçant d'abord horizontalement sous la peau puis, à 45° en direction du centre de la cavité pelvienne. L'intérêt de ce mode d'introduction en baïonnette est d'éviter la superposition des cicatrices cutanées et péritonéales.

L'introduction de ce trocart se fera d'un coup sec tout en maintenant bien sa gaine afin de ne pas l'enfoncer trop profondément; la traversée du péritoine donne lieu à un petit bruit sourd caractéristique.

Le trocart ainsi en place, on retire le mandrin afin de le remplacer par le tube coelioscopique choisi. L'exploration proprement dite peut alors commencer.

IV - L'EXPLORATION COELIOSCOPIQUE :

En premier lieu, il faut vérifier que l'aiguille d'insufflation est en bonne place.

On repère ensuite l'utérus, ce qui est facile avec l'optique à vision directe car il est aperçu devant soi, là où l'on s'attend à le trouver. L'exploration sera méthodique, aidée par la mobilisation de l'utérus et par le palpateur. Ainsi, le coelioscopiste voit l'utérus, les trompes, les ovaires, le ligament large et le cul-de-sac de Douglas.

Au cours de cette observation, il ne faut pas oublier que la dimension des organes n'est vue en grandeur nature que si la distance optique-organe est égale à 5 cm; le palpateur aide à l'appréciation de cette distance.

Enfin, au cours de cet examen, l'opérateur pourra pratiquer :

- la ponction d'un kyste de l'ovaire, à l'aide d'une aiguille introduite à travers la paroi et guidée sous contrôle coelioscopique.

- une insufflation utéro-tubaire,
- une injection de bleu de méthylène

(ces deux dernières opérations s'effectuent par la canule intra-utérine et permettent l'étude de la perméabilité tubaire).

- une biopsie à l'anse diathermique,
- une stérilisation par section et électrocoagulation bilatérales.

Pour ces deux dernières manoeuvres, l'instrumentation sera introduite par une nouvelle porte d'entrée, choisie habituellement sur une ligne unissant l'épine iliaque antéro-supérieure droite à l'ombilic.

V - FIN DE L'EXPLORATION :

L'aiguille d'insufflation est retirée en premier et la table remise à l'horizontale afin d'éviter l'accumulation du gaz sous la coupole diaphragmatique; l'optique est ensuite sortie et l'évacuation du gaz est facilitée par une pression abdominale manuelle. Enfin, la réintroduction du mandrin dans sa gaine est nécessaire avant d'enlever l'ensemble.

Une agrafe fermera l'incision péri-ombilicale et la patiente sortira du service le lendemain après que l'on ait vérifié l'absence de toute réaction locale ou générale.

Ainsi, ce n'est qu'au prix d'une technique opératoire rigoureuse que l'on évitera au maximum les incidents et accidents de la coelioscopie, ceux-là même dont nous parlerons maintenant.

INCIDENTS ET ACCIDENTS DE LA COELIOSCOPIE

Les accidents vrais sont rares, quelques chiffres sont là pour nous en convaincre:

MARCHESI en I964, rapporte I 006 examens sans complication majeure,

THOYER-ROZAT en I962, sur 900 cas ne mentionne aucun accident grave,

et PALMER en I965, sur 4 000 coelioscopies ne cite qu'un ennui sérieux : un cas d'injection gazeuse du colon.

Ces résultats sont encourageants mais n'ont été obtenus qu'au prix d'une technique rigoureuse et grâce à l'éxécution systématique des différents gestes de sécurité dont PALMER eut le mérite de souligner l'importance.

Nous diviserons ce chapître en l'étude des incidents et accidents liés :

- à la création du pneumopéritoine,
- à l'introduction du trocart de coelioscopie,
- à l'examen lui-même et aux manoeuvres associées

Et nous terminerons en rapportant :

- les causes d'échecs possibles de la coelioscopie,
- les incidents survenus dans notre série.

I - INCIDENTS ET ACCIDENTS LIES AU PNEUMOPERITOINE :

Ce sont les plus fréquents. Ils peuvent se produire :

A) Lors de l'introduction de l'aiguille :

- L'accident le plus fréquent est la perforation d'une anse intestinale adhérente à la paroi; le diagnostic en est aisé : issue par l'aiguille de gaz malodorant et distension abdominale localisée et asymétrique lors de l'insufflation. Un cas un peu particulier, est la traversée d'une anse intestinale de part en part dont le diagnostic ne sera fait que lors de la vérification, en début d'examen, de la position de l'aiguille, geste qui doit être systématique.

Ce type d'accident devient très rare lorsqu'on utilise l'aiguille de DRAPIER et PALMER, et reste toujours sans gravité, n'obligeant qu'à l'arrêt de l'examen et à la mise en observation de la patiente; celle-ci recevra des antibiotiques et de la glace lui sera placée sur le ventre.

- La blessure d'un petit vaisseau pariétal peut survenir, se manifestant par la présence de sang non coagulé à l'intérieur de la cavité péritonéale. Cet incident reste sans conséquence et n'empêche pas la poursuite de l'examen.

B) Lors de la création du pneumopéritoine :

- Deux accidents sont graves mais facilement évitables :

-- l'embolie gazeuse du fait de l'insufflation de gaz dans un vaisseau, danger que l'on peut prévenir par le test à la seringue.

-- un état de choc, lié à une surdistension péritonéale (un cas noté par KALK), que l'on évitera par un contrôle clinique rigoureux lors de l'insufflation.

- D'autres incidents peuvent être liés à cette étape de l'examen .

-- l'insufflation en tissu graisseux sous-péritonéal qui crée un emphysème pariétal diagnostiqué sur le ballonnement asymétrique, la sensation de crépitation sous-cutanée à la palpation et la persistance de la matité pré-hépatique. Cet incident, détecté précocement, impose de repiquer en un autre endroit.

-- l'injection de gaz dans l'épiploon, que l'on évite par la mobilisation systématique de l'aiguille, nécessite d'interrompre l'exploration une dizaine de minutes.

-- l'injection de gaz dans l'estomac entraîne une distension limitée à l'ensemble de l'étage sus-ombilical et, dans le grêle ou le colon, produit une asymétrie localisée en une région quelconque de la paroi (sur 4 000 observations, PALMER n'en rapporte que 3 cas).

Pour clore ce chapître, constatons la possibilité d'une douleur scapulaire liée indirectement au gaz d'insufflation; cet incident survient si la malade s'assoit trop tôt après la fin de l'examen, car le gaz qui ne peut être entièrement évacué, s'accumule alors sous le diaphragme; pour éviter cet inconvénient, huit heures de décubitus doivent être imposées à la patiente.

II - INCIDENTS ET ACCIDENTS LIES A L'INTRODUCTION DU TROCART :

- L'accident le plus grave, mais que l'épreuve à la seringue préconisée par PALMER permet d'éviter, est la perforation d'une anse intestinale, ce qui impose une laparotomie : RUDDOCK l'a observé 7 fois sur I 500 péritonéoscopies.

- La blessure d'une branche de l'artère épigastrique est possible si, par suite de l'existence d'une cicatrice de laparotomie, on croit devoir s'éloigner de la ligne médiane : PALMER en rapporte un cas.

- Enfin, la perforation de la vessie, accident très rare dont FRANGENHEIM cite un cas, impose l'intervention. Le sondage vésical systématique évitera cet accident.

III - INCIDENTS ET ACCIDENTS LIES A L'EXAMEN LUI-MEME ET AUX MANOEUVRES ASSOCIEES :

Peu d'incidents sont possibles, exceptés ceux provoqués par les manoeuvres associées :

- Hémorragie secondaire après électro-coagulation trop poussée,
- Diffusion métastatique péritonéale,
- Réveil d'un foyer infectieux que l'on empêchera par une antibiothérapie de quelques jours si la coelioscopie a montré un état inflammatoire subaigu,
- Parèsie du membre supérieur du côté où s'effectue l'injection anesthésique par compression du plexus brachial, incident sur lequel ROBERT a insisté, nécessitant de rembourrer les épaulières et de limiter l'abduction du bras.

IV - CAUSES D'ECHECS :

Deux sont fréquentes :

A) Le coelioscopiste "ne voit que du rouge" :

Cela peut tenir au fait que :

- l'optique a pu être souillée de sang, soit par blessure d'un petit vaisseau pariétal, soit par la présence d'un hémopéritoine : il faut alors la retirer et la nettoyer.
- l'optique a été poussée trop loin parmi les anses intestinales et il suffit de la retirer légèrement.
- le pneumopéritoine est insuffisant et les anses viennent à l'assaut de l'optique : il faut alors réinsuffler.
- le tube de coelioscopie se trouve dans un emphysème sous-péritonéal. Il faut alors tout recommencer avec une nouvelle porte d'entrée.

B) Le coelioscopiste "tombe sur un barrage épiploïque" :

On pourra alors le contourner ou le traverser au niveau d'une fenêtre avasculaire si ce barrage est complet.

V - INCIDENTS ET ACCIDENTS OBSERVES DANS NOTRE SERIE :

- Au cours d'une coelioscopie, pratiquée chez une jeune femme de 22 ans, pour des douleurs pelviennes, nous eûmes un arrêt cardiaque; la pratique du massage cardiaque externe a permis la récupération immédiate d'un rythme spontané.

- A la suite d'un curetage et d'un examen endoscopique chez une malade qui présentait des lésions inflammatoires chroniques à type d'hydrosalpinx bilatéral, se produisit un réveil infectieux transformant les hydrosalpinx en pyosalpinx. La patiente n'avait pas été mise sous antibiotique à la suite de ces examens et ce fut là notre tort.

LES CONTRE-INDICATIONS A LA COELIOSCOPIE

Hormis les complications liées au fait de l'anesthésie, nous tenons uniquement pour contre-indications :

- les affections abdominales aiguës, de par le danger de diffusion de l'infection,

- l'existence d'une cicatrice de laparotomie, pratiquée pour péritonite, devant le risque de blesser une anse intestinale adhérente à la paroi, (bien que cet inconvénient semble peu fréquent, J. FOEGLE, I968).

La suspicion d'hémopéritoine ou de processus malin ne constitue pas, pour nous, une contre-indication à la coelioscopie.

- : -

2ème PARTIE

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

ANALYSE D'ENSEMBLE DE NOS INDICATIONS ET RESULTATS

Notre série comporte I30 examens coelioscopiques que nous regrouperons dans ce chapître, en fonction de leurs indications et de leurs résultats, afin d'avoir une vue globale sur ces deux éléments de l'exploration endoscopique.

I - SUSPICION DE GROSSESSE EXTRA-UTERINE :

Tout clinicien connaît la difficulté de poser un diagnostic de grossesse extra-utérine au début de son évolution. La coelioscopie, en ce domaine, est d'un appoint capital auquel on aura recours :

- soit dans les cas typiques, devant :
  - un retard de règles avec douleurs et métrorragies,
  - la perception, au toucher vaginal, d'une tuméfaction douloureuse d'un cul-de-sac, chez une patiente présentant un retard de règles.

- soit plus largement, chez des femmes présentant des antécédents de lésion tubaire, de stérilité, de grossesse extra-utérine ou d'intervention restauratrice sur les trompes, car on sait que chez ces patientes, la grossesse extra-utérine est une éventualité plus fréquente.

L'intérêt de l'endoscopie est ici de plusieurs ordres :

- réduire la durée de mise en observation de la malade,
- faire un diagnostic précoce avec un minimum d'erreur (5,3 % depuis son emploi contre 30 % antérieurement, THOYER-ROZAT, I962),
- rectifier le diagnostic et éviter, ainsi, les laparotomies inutiles (2,8 % contre 20 % avant son utilisation, THOYER-ROZAT, I962).

Sur I5 explorations endoscopiques, pratiquées par suspicion de grossesse extra-utérine, nos résultats furent les suivants :

- confirmation du diagnostic que suivit une intervention chirurgicale : 3 fois,
- découverte de sang dans la cavité pelvienne, dont l'origine ne put être reconnue, ce qui imposa une laparotomie : 2 cas, il s'agissait :
  - d'un corps jaune hémorragique, I fois,
  - d'une salpingite hémorragique, I fois.
- rectification du diagnostic évitant une intervention inutile : IO cas, qui furent :
  - 4 grossesses intra-utérines dont l'une associée à un kyste fonctionnel de l'ovaire,
  - I dystrophie micro-polykystique des ovaires, compliquée d'une annexite subaiguë,
  - I annexite subaiguë avec des phénomènes adhérentiels,
  - I myome sous-séreux,
  - 3 status gynécologiques normaux.

L'extrême polymorphisme des manifestations cliniques et l'incertitude dans laquelle nous laissent les examens paracliniques expliquent la faible fréquence avec laquelle le diagnostic de grossesse extra-utérine se trouve confirmé par la coelioscopie.

II - STERILITE :

La coelioscopie a pris une place privilégiée parmi les diverses méthodes d'exploration d'une stérilité, mais cette investigation ne doit pas être chronologiquement la première et ne peut remplacer ni l'insufflation utéro-tubaire, ni l'hystérographie.

Ce n'est donc qu'après un examen complet qu'il faudra l'envisager, en vue de parachever un bilan jusque là négatif, ou de préciser un diagnostic, que laissent supposer les autres résultats.

Elle renseignera, associée ou non à une épreuve au bleu de méthylène ou à une insufflation, sur :

- l'état tubaire :
  - en cas d'obstruction proximale, elle appréciera l'état du reste de la trompe et de l'ovaire, notion capitale afin d'envisager un traitement chirurgical,
  - en présence d'une obstruction distale, elle précisera l'aspect du pavillon et des franges, ainsi que l'existence ou non d'adhérences qui jouent un rôle important en matière de stérilité,
  - parfois, la découverte de lésions typiques de tuberculose ou d'endométriose, expliqueront une stérilité jusqu'alors incomprise.

- l'état des ovaires :
  - aspect inactif, sans follicule ni corps jaune,
  - dystrophie ou hypoplasie,
  - endométriose

  toutes ces lésions pouvant expliquer une stérilité.

- la présence d'autres lésions, qui ne seront accusées dans la stérilité qu'avec prudence :
  - leïomyome,
  - malformation utérine.

Nous avons posé I4 indications coelioscopiques pour stérilité primaire, dont voici les résultats :

- dystrophie non kystique des ovaires : 4 cas,
- hydrosalpinx associé à des phénomènes adhérentiels : 2 cas,
- hydrosalpinx bilatéral que l'on soupçonne être de nature tuberculeuse, ce qui fut confirmé quelques jours plus tard : I cas,
- myome sous-séreux associé à un phimosis tubaire : I cas,
- phénomènes adhérentiels isolés : I cas,
- kyste de l'ovaire indiquant l'intervention . I cas,
- status gynécologique normal : 4 cas.

L'examen endoscopique fut 5 fois motivé pour stérilité secondaire; nous avons mis en évidence :

- 2 fois, un hydrosalpinx avec adhérences,
- I fois, un hydrosalpinx isolé,
- I fois, des phénomènes adhérentiels purs,
- I fois, un status gynécologique normal.

Insistons encore sur l'intérêt de la coelioscopie dans le domaine de la stérilité, et cela du point de vue chirurgical tubaire, car seul cet examen permet d'envisager les chances de réussite d'une chirurgie restauratrice en montrant :

- une obturation tubaire externe associée à une obturation interne (60 % des cas d'après PALMER), ce qui réduit beaucoup le pourcentage de réussite,
- l'état réel de la paroi tubaire dont nous savons qu'un épaississement est de mauvais pronostic,
- une lésion encore en évolution, devant faire repousser l'acte chirurgical.

III - TROUBLES DES REGLES ET DU CYCLE MENSTRUEL :

Il s'agit d'un vaste chapître qui comprend les indications pour aménorrhée, spanioménorrhée, irrégularité menstruelle et méno-métrorragie.

A) Aménorrhées :

La coelioscopie complètera utilement l'exploration clinique, endocrinienne et radiologique, surtout lorsque l'on hésite entre le diagnostic d'aménorrhée neurohypophysaire et celui de malformation dysgénésique de la gonade. En effet, l'endoscopie permet de reconnaître facilement des ovaires agénésiques (l'ovaire est remplacé par une bandelette tendue de l'utérus au détroit supérieur), des gonades hypoplasiques, à surface lisse, ou même la présence de testicules à la place des ovaires (ce qui est le cas dans le syndrome de TURNER).

Lorsque l'aspect des ovaires laisse hésitant, une biopsie ovarienne pourra être pratiquée par un opérateur entraîné, afin d'apprécier le capital folliculaire et envisager ainsi un traitement.

Nous avons posé I5 indications d'examen endoscopique dont IO pour aménorrhée secondaire et 5 pour aménorrhée primaire.

Voici le résultat de nos observations :

- dans les IO cas d'aménorrhée secondaire, nous avons rencontré :
  - I fois, un aspect des ovaires de type steinien,
  - 3 fois, une dystrophie micro-polykystique des ovaires,
  - 4 fois, une dystrophie ovarienne non kystique,
  - 2 fois, un status gynécologique normal.
- dans les 5 cas d'aménorrhée primaire et primo-secondaire, la coelioscopie a mis en évidence :
  - 2 fois, une dystrophie gonadique non kystique,
  - I fois, un syndrome de TURNER,
  - 2 fois, un syndrome de ROKITANSKY-KUSTER-HAUSER.

Plusieurs remarques s'imposent concernant ces résultats :

- dans les cas des syndromes de TURNER et de ROKITANSKY-KUSTER-HAUSER, l'examen clinique avait posé le diagnostic sur un ensemble de signes très évocateurs et la coelioscopie ne fut indiquée que pour confirmation.

- les 2 observations de status gynécologique normal témoignent de l'origine hypothalamo-hypophysaire probable de l'aménorrhée,
- dans les IO autres cas, l'origine primitive du trouble semble être gonadique.

B) Spanioménorrhées :

Nous avons observé, sur nos 5 indications pour spanioménorrhée :

- 2 fois, un syndrome de STEIN-LEVENTHAL dont les manifestations cliniques et biologiques avaient déjà permis de poser le diagnostic,
- 2 fois, une dystrophie micro-polykystique des ovaires,
- I fois, une dystrophie ovarienne non kystique.

Notons que la spanioménorrhée est la manifestation clinique la plus fréquente, après l'aménorrhée, des dystrophies gonadiques.

C) Irrégularités menstruelles :

Un seul examen endoscopique fut indiqué devant l'existence d'irrégularités menstruelles, sans étiologie décelable aux seules investigations cliniques et biologiques; il fut trouvé un status gynécologique normal.

D) Méno-métrorragies :

La coelioscopie a reconnu pour nos deux indications .

- I fois, un kyste fonctionnel de l'ovaire ponctionné au cours de l'exploration, associé à un myome sous-séreux,
- I fois, un status gynécologique normal.

IV - ALGIES PELVIENNES :

Après la recherche d'une cause par un examen clinique complet, sans oublier l'appareil digestif et urinaire ainsi que le rachis, on pourra envisager, à la suite d'une hystérographie normale, une exploration endoscopique qui mettra parfois en évidence une étiologie jusqu'alors ignorée, telle qu' une endométriose, des adhérences pelviennes ou des lésions inflammatoires subaiguës des trompes. Notons que devant des varicocèles pelviens, il conviendra d'être prudent en ne leur attribuant pas trop facilement la responsabilité des douleurs.

Parfois, on aura la surprise de voir disparaître les phénomènes douloureux après l'exploration, alors que le petit bassin apparaissait normal et ainsi la coelioscopie aura eu une valeur psychothérapique.

Enfin, cet examen évite également des traitements prolongés et inutiles, basés sur des erreurs diagnostiques courantes, telle que l' "annexite".

Nous avons porté nos indications suivant que les douleurs pelviennes de nos patientes étaient à recrudescence menstruelle, sans rythme ou associées à une autre pathologie.

A) Douleurs pelviennes à recrudescence menstruelle :

Nous avons observé 5 cas, dont voici les résultats coelioscopiques :

- endométriose 3 cas, dont une association avec un varicocèle,
- phénomènes adhérentiels, I cas,
- utérus bicorne avec hémi-utérus borgne, I cas.

B) Douleurs pelviennes non rythmées :

Sur nos 25 indications, l'examen endoscopique a mis en évidence :

- 3 fois, une annexite subaiguë,
- 5 fois, des adhérences dont une association avec des pseudo-kystes péritonéaux et un phimosis,
- 4 fois, un varicocèle,
- I fois, un phimosis avec quelques adhérences,
- 2 fois, un myome sous-séreux,
- I fois, un kyste fonctionnel de l'ovaire qui fut ponctionné,
- 9 fois, un status gynécologique normal.

C) Douleurs pelviennes associées :

- Avec une grossesse intra-utérine, I cas :
  . la coelioscopie montra un ovaire capoté au-dessus de la trompe et tordu de I80° autour du ligament lombo-ovarien.
- Avec une masse pelvienne, I cas :
  . il s'agissait d'un ovaire de type steinien, associé à quelques phénomènes adhérentiels; la masse perçue au toucher vaginal n'était donc que ce gros ovaire.
- Avec des métrorragies, 2 cas :
  . I fois, l'endoscopie découvrit une annexite subaigüe associée à un petit hydrosalpinx,
  . I fois, un hydrosalpinx avec quelques adhérences.

Nous pouvons noter que sur nos 34 observations, l'examen coelioscopique a fourni une explication des phénomènes douloureux chez 24 patientes; quant aux 9 cas où le status gynécologique fut trouvé normal, les douleurs ont été atténuées ou même ont disparu à la suite de l'examen.

V - TUMEURS PELVIENNES ET MASSES PELVIENNES :

Nous regrouperons dans ce paragraphe les indications motivées, soit par la perception d'une masse latéro ou rétro-utérine, soit par l'existence d'éléments cliniques ou para-cliniques qui permettent de suspecter un processus néoplasique pelvien.

- Indications coelioscopiques pour la connaissance d'une masse latéro ou rétro-utérine : 6 cas :
  - 4 fois, il s'agissait d'un kyste de l'ovaire isolé imposant une laparotomie,
  - I fois, ce fut un kyste de l'ovaire associé à une endométriose pelvienne, l'intervention suivit l'endoscopie,
  - I fois, le status gynécologique était normal.

- Indications pour suspicion de processus néoplasique pelvien : ascite, métastases osseuses : 4 cas :
  - 3 fois, le carcinome ovarien fut confirmé à l'examen coelioscopique,
  - I fois, les phénomènes adhérentiels furent tels, que les organes génitaux ne purent être vus; l'intervention chirurgicale suivit et confirma la nature cancéreuse des lésions.

En matière de tumeurs pelviennes, le but de l'exploration endoscopique est de faire le diagnostic d'une lésion justifiable d'un acte opératoire, ce qui fut le cas dans 8 de nos 9 observations.

VI - AUTRES INDICATIONS ET RESULTATS :

Il s'agit de 29 observations qui n'ont pu être classées dans les chapitres précédents :

- Stérilisation per-coelioscopique : I9 cas sans problème.

- Fièvre inexpliquée : I cas :
  - l'endoscopie a reconnu une annexite subaiguë bilatérale associée à quelques adhérences et à un hydrosalpinx; l'annexite fut traitée et la température redevint normale.

- Suspicion d'endométriose pelvienne : I cas :
  - il s'agissait en fait d'adhérences fixant l'ovaire en arrière de l'utérus, ce qui donnait, au toucher vaginal, une sensation de cartonnage du cul-de-sac vaginal postérieur.

- Suspicion d'annexite : I cas :
  - la coelioscopie rectifia le diagnostic montrant un kyste de l'ovaire qui imposa une laparotomie.

- Suspicion de tuberculose péritonéale chez une patiente présentant une ascite et une température à 39°5 :
  - l'endoscopie mit en évidence une annexite aiguë bilatérale avec réaction péritonéale importante, un péritoine très épaissi, de nombreuses adhérences et des trompes d'aspect très inflammatoire ne formant qu'un magma avec les ovaires. Ces lésions ont permis d'évoquer la tuberculose qui fut confirmée par l'inoculation au cobaye.

- Suspicion d'une malformation utérine : 3 cas :
  - I fois, l'utérus était normal,
  - 2 fois, il s'agissait d'un utérus à grande cloison.

  Notons que dans ces 3 observations, l'hystérographie précéda toujours l'endoscopie.

- Suspicion d'annexite chez une femme enceinte : I cas :
  - la coelioscopie a confirmé le diagnostic et un traitement médical fut prescrit.

- Recherche d'une tumeur tubaire chez une patiente présentant une hydrorrhée :
  - l'endoscopie infirma nos craintes montrant un status gynécologique normal.

- Indication non précisée : I fois :

. kyste organique de l'ovaire.

ETUDE DES OBSERVATIONS COELIOSCOPIQUES

PATHOLOGIE OVARIENNE

Nous étudierons dans ce chapitre :

- Les tumeurs bénignes :
  - tumeurs hystiques,
  - kystes fonctionnels.

- Les tumeurs malignes.

- Les dystrophies ovariennes :
  - syndrome de STEIN-LEVENTHAL,
  - dystrophie micro-polykystique,
  - autres dystrophies non kystiques.

TUMEURS BENIGNES DE L'OVAIRE

I - LES TUMEURS KYSTIQUES :

Elles comprennent :

- les cystadénomes séreux,
- les cystadénomes pseudo-mucineux,
- les kystes dermoïdes.

A) Les cystadénomes séreux :

Ce sont des tumeurs à paroi fine et translucide, de volume variable, à contenu liquidien, en général uniloculaires.

Nous avons rencontré deux cas qui, à l'examen histologique, se sont révélés être des cystadénomes séreux.

Mme F..... Yvette, 49 ans, dossier I58 bis.

Cette malade consulte pour des troubles banaux, en rapport avec une ménopause débutante. L'examen gynécologique découvre, outre un prolapsus et un utérus un peu gros et dur, une masse latéro-utérine gauche, sensible au toucher vaginal; la présence de cette tumeur indique une coelioscopie qui visualise :

- un utérus de taille et de forme normales,
- un ovaire gauche de la grosseur d'une mandarine, blanchâtre, recouvert d'une petite formation framboisée, d'aspect kystique et dont la ponction ramène 30 cm3 d'un liquide clair d'apparence rassurante.
- un ovaire droit présentant un kyste un peu moins volumineux, translucide et dont la ponction retire un liquide citrin; on note d'autre part, la présence de végétations juxta-kystiques.

, les trompes paraissent normales.

On décide secondairement, malgré l'absence de cellules malignes à l'examen des liquides de ponction, vu l'âge de la malade et la présence de végétations juxta-kystiques, en même temps que la cure du prolapsus, une hystérectomie totale avec ablation des annexes. Au cours de l'intervention, on trouve un peu de liquide citrin dans le péritoine, un ovaire droit assez volumineux avec des végétations juxta-kystiques et, sur le gros ovaire gauche blanchâtre, le kyste ponctionné lors de la coelioscopie.

L'histologie des pièces opératoires révèle :

- un ovaire gauche presque entièrement occupé par un kyste germinatif à contenu séreux, formant de volumineuses végétations fibro-germinatives endo-kystiques; il n'y a ni atypie cellulaire, ni envahissement de l'ovaire.
- un ovaire droit de plus petit volume qui présente un corps jaune, un petit kyste germinatif et un kyste du parovaire,
- des trompes saines,
- une endométriose du mésosalpinx gauche qui fut méconnue à l'endoscopie,
- une adénomyose utérine et un petit myome interstitiel.

Melle F..... Brigitte, I4 ans, dossier 59 bis.

Cette patiente consulte pour un syndrome douloureux pelvien apyrétique, accompagné de vomissements. L'examen perçoit une masse latéro-utérine gauche, de la taille d'une grosse orange et de consistance rénitente, refoulant un petit utérus.

Cet ensemble clinique indique la coelioscopie qui découvre une importante masse kystique accolée à l'ovaire gauche.

Un tel aspect impose une laparotomie qui rend compte de l'existence d'un kyste développé dans le pavillon de la trompe gauche, entraînant une forte dilatation de celle-ci. Les deux ovaires sont augmentés de volume.

On pratique l'énucléation du kyste, la résection partielle de la trompe gauche avec ligature de la portion restante et la résection cunéiforme des ovaires.

Le résultat de l'examen histologique des pièces opératoires est le suivant : kyste germinatif de 8 mm de diamètre à contenu séreux, à paroi fibreuse revêtue de cellules cylindro-cubiques formant des végétations fibro-germinatives endo-kystiques. Aspect de fibro-sclérose des deux ovaires qui contiennent de nombreux follicules.

B) Les cystadénomes pseudo-mucineux :

Il s'agit de formations liquidiennes, de volume souvent plus important que celui des kystes séreux, volontiers multiloculaires et d'aspect bleuté et grisâtre.

Une seule observation entre dans cette catégorie :

Mme D..... Micheline, 25 ans, dossier I 524 ter.

Chez cette femme enceinte de huit mois, on note au toucher vaginal la présence d'une masse rétro-utérine, de consistance kystique, refoulant le col de l'utérus en haut et en avant. L'accouchement à terme eut lieu cependant sans difficulté, par voie basse.

La coelioscopie, effectuée quelques temps après, montra un gros kyste de l'ovaire gauche.

L'intervention suivit et confirma l'existence d'un kyste mucoïde volumineux qui pesait I 200 grammes.

L'examen histologique de la pièce opératoire attesta de la nature mucoïde du kyste.

C) Les kystes dermoïdes :

Ils réalisent une masse unique, soufflant l'ovaire, dont la corticale est refoulée à la périphérie; ils sont arrondis, de taille variable, de surface lisse et régulière, de teinte blanchâtre ou jaunâtre.

Nous n'en avons pas rencontré dans notre série.

Au total, nous avons observé huit cas de kystes de l'ovaire.

Les indications de la coelioscopie furent les suivantes :

- masse annexielle, 5 fois,
- suspicion d'annexite, I fois,
- stérilité primaire, I fois,
- non précisée, I fois.

L'aspect coelioscopique a toujours posé le diagnostic de kyste de l'ovaire, mais n'a pu préciser leur nature.

L'intervention a constamment suivi l'exploration endoscopique.

L'examen histologique des pièces opératoires, lorsqu'il a été pratiqué, a montré :

- 2 kystes séreux,
- I kyste mucoïde.

Nous pouvons remarquer que dans une observation le kyste de l'ovaire se trouvait associé à des lésions d'endométriose méconnues à l'examen clinique.

II - LES KYSTES FONCTIONNELS DE L'OVAIRE :

Il s'agit des kystes folliculiniques et lutéiniques. Ils ont l'aspect d'une masse kystique à paroi mince, de taille variable et contiennent un liquide clair leur donnant une apparence translucide.

Parfois, ce liquide devient hémorragique et le kyste prend une teinte sombre; il peut même se rompre créant un petit hémopéritoine formé de quelques caillots noirâtres.

Nous avons fait trois observations de kystes fonctionnels, dont les indications coelioscopiques furent les suivantes :

- syndrome douloureux pelvien, I fois,
- suspicion de grossesse extra-utérine, I fois,
- méno-métrorragie, I fois.

Deux de ces kystes furent ponctionnés au cours de l'examen endoscopique : il s'agissait de liquides clairs dont la cytologie a confirmé la nature bénigne. Ce geste possède une valeur à la fois diagnostique et thérapeutique car les kystes fonctionnels guérissent après ponction.

Le troisième kyste s'est rompu spontanément au cours de l'endoscopie.

Nous avons observé deux associations dont l'une avec une grossesse intra-utérine et l'autre avec un petit myome sous-séreux du fond utérin.

TUMEURS MALIGNES DE L'OVAIRE

La coelioscopie est d'un intérêt non négligeable en matière de tumeurs malignes de l'ovaire, en effet, elle permet :

- le diagnostic étiologique d'une ascite,
- l'évaluation des possibilités opératoires en jugeant de l'extension exokystique, péritonéale et hépatique,
- de suivre l'évolution d'une tumeur opérée.

La valeur diagnostique de l'examen endoscopique est soulignée par les trois observations suivantes :

Mme T..... Christiane, 45 ans, dossier I 449 bis :

La coelioscopie est indiquée, chez cette malade qui présente des métastases osseuses, en vue de la recherche du cancer primitif.

L'examen endoscopique rend compte de la présence :

- d'un utérus antéfléchi de taille normale,
- de trompes d'aspect sain,
- de végétations sur les deux ovaires,
- de granulations disséminées sur les ovaires et le colon; la biopsie d'une de ces granulations est pratiquée au cours de l'exploration.

Le résultat anatomo-pathologique de la biopsie révèle un tissu ovarien largement envahi par un épithélioma cylindrique, par endroit atypique, de structure lobulaire et présentant ailleurs des différenciations cylindriques ou végétantes : on est donc en présence d'un Epithélioma germinatif primitif de l'ovaire.

Mme L..... Constance, 50 ans, dossier 200 bis,

Cette patiente, ménopausée depuis huit ans, présente une ascite et un épanchement pleural récidivant après ponction, que l'on soupçonne être d'origine ovarienne.

La cytologie du liquide d'ascite ne montre ni cellule néoplasique, ni bacille tuberculeux et les cultures restent stériles.

A l'examen endoscopique on observe :

- un petit bassin entièrement gélé par des végétations très probablement d'origine néoplasique,
- des granulations métastatiques diffuses, extrêmement importantes, localisées au péritoine pariétal, au grand épiploon, aux séreuses coliques et intestinales et au hile du foie,
- plusieurs nodules métastatiques situés sur la face antérieure du foie.

Cet ensemble permet d'affirmer l'existence d'un carcinome d'origine ovarien, ce que confirmera quelque temps plus tard l'intervention chirurgicale.

Mme L....., 64 ans, dossier 775 quarte :

La coelioscopie est ici indiquée pour une ascite récidivant depuis deux ans et dont aucune étiologie n'a été trouvée.

L'analyse du liquide d'ascite n'a jamais révélé de cellule néoplasique.

La péritonéoscopie n'a pas permis de visualiser le petit bassin baigné par l'ascite, mais une biopsie hépatique et une biopsie de nodules péritonéaux ont été pratiquées. L'examen histologique de ces prélèvements n'a signalé aucun signe de malignité.

La coelioscopie, rendue difficile par l'ascite et l'obésité de la malade (existence de nombreuses franges graisseuses gênant l'exploration complète du pelvis), permet cependant de voir nettement une masse ovarienne droite végétante et polylobée dont la nature est très probablement cancéreuse.

Cette impression sera confirmée plus tard à l'examen macroscopique, au cours de l'intervention, et à l'examen anatomo-pathologique de la pièce opératoire.

Nous terminerons ce chapitre en signalant le cas de Mme V..... Hélène, 60 ans, dossier 993 bis, chez qui l'examen coelioscopique, indiqué devant une ascite d'origine annexielle probable, n'a pas réussi à visualiser les organes génitaux internes car le pelvis était entièrement barré par des adhérences allant du grêle et du colon à la paroi (adhérences anciennes et organisées). L'intervention chirurgicale a suivi l'endoscopie et a montré qu'il s'agissait d'un processus malin d'origine génitale.

Conclusion :

En matière de tumeurs malignes de l'ovaire, les examens cliniques et paracliniques, souvent, ne permettent que de suspecter le diagnostic, et c'est la coelioscopie qui le confirme, soit en montrant un aspect clinique évocateur (petit bassin envahi par des végétations exokystiques), soit en permettant une biopsie d'un élément douteux.

DYSTROPHIES OVARIENNES

Nous distinguerons d'abord les dystrophies polykystiques de l'ovaire :

- syndrome de STEIN-LEVENTHAL,
- dystrophie micro-polykystique des ovaires.

Puis, nous étudierons les autres dystrophies non kystiques qui représentent parfois des formes de transition entre les deux affections précédentes.

I - LE SYNDROME DE STEIN-LEVENTHAL .

A) Dans sa forme typique :

Il possède une individualité clinique, biologique et coelioscopique bien définie :

Cliniquement :

- spanioménorrhée progressivement aggravée, intense, évoluant vers l'aménorrhée secondaire,
- stérilité constante, liée à une alutéïnie,
- hirsutisme assez fréquent,
- obésité très inconstante,
- le toucher vaginal révèle l'existence de deux gros ovaires, indolores, lisses, de volume constant d'un examen à l'autre.

Biologiquement :

- oestrogénurie basse ou effondrée,
- I7 cétostéroïdes normaux ou légèrement augmentés,
- prégnandiolurie inférieure à I mg/24 H.

- l'épreuve dynamique de stimulation-freinage confirme l'alutéïnie, mais révèle surtout une hyperandrogénie portant sur la fraction androsténédione + étiocholanolone qui se trouve être supérieure à 2,5 mg/24 H.
- gonadotrophines urinaires totales normales.

A la coelioscopie :

- présence de deux gros ovaires pouvant atteindre et même dépasser le volume du fond utérin, blancs, lisses, nacrés, finement vascularisés, sans cicatrice de corps jaune et sans follicule.
- la biopsie ovarienne montre l'existence de kystes de petites dimensions et un parenchyme ovarien étouffé par une coque fibreuse, épaisse, amincie au voisinage du hile; le stroma ovarien est extrêmement dense.

Nous avons observé un cas tout à fait typique de ce syndrome :

Mme P.... Elisabeth, 23 ans, dossier I 577 bis :

Cette patiente, mariée depuis deux ans, sans enfant, consulte pour une spanioménorrhée progressivement aggravée, elle n'est plus réglée que 4 à 5 fois l'an.

A l'examen clinique, cette femme de forte corpulence, présente une pilosité plutôt de type masculin. Le toucher vaginal perçoit deux ovaires augmentés de volume et lisses.

Les dosages hormonaux révèlent des I7 cétostéroïdes à I8,6 mg/24 H., une oestrogénurie basse, une prégnandiolurie effondrée et des G.U.T. sensiblement normales.

L'examen endoscopique confirme le syndrome de STEIN-LEVENTHAL soupçonné cliniquement et biologiquement, car on constate deux gros ovaires à coque lisse, blancs, sans trace de cicatrice de corps jaune.

L'examen histologique des fragments ovariens, biopsiés sous contrôle endoscopique, montre une zone corti-

cale épaissie, sans follicule ni corps jaune et un stroma dense.

Cette biopsie, suivie d'un traitement par le citrate de clomiphène, a permis une ovulation et une grossesse qui malheureusement a avorté à 6 mois.

Notre deuxième observation est presque aussi caractéristique.

Mlle L..... Sylviane, I6 ans et demi, dossier I 940 bis :

Cette jeune fille présente une spanioménorrhée intense et des résultats d'examens biologiques qui permettent de soupçonner un syndrome de STEIN-LEVENTHAL.

L'examen endoscopique montre :

- un utérus en position intermédiaire et de taille normale,
- des trompes saines,
- des ovaires prolabés dans le cul-de-sac de Douglas, gros, de surface lisse et de couleur blanc nacré.

L'examen anatomo-pathologique du prélèvement ovarien effectué lors de la coelioscopie, confirme le syndrome de STEIN-LEVENTHAL : zone corticale périphérique ovarienne épaissie par une fibrose de disposition parallèle à la surface mais n'excédant pas un demi-millimètre d'épaisseur; pas de cicatrice de corps jaune.

B) Dans ses formes atypiques :

Nous regrouperons dans ce paragraphe deux observations qui se rapprochent beaucoup du syndrome de STEIN-LEVENTHAL, soit parce que un seul des ovaires est caractéristique, soit parce que les deux ovaires, bien que de taille sensiblement normale, ont une corticale épaissie sans follicule ni cicatrice de corps jaune.

Mlle G..... Marie-France, I8 ans, dossier 472 bis :

La coelioscopie est pratiquée devant des douleurs pelviennes et la perception, au toucher vaginal, d'une masse latéro-utérine gauche. Ces signes font suspecter une infection salpingienne.

L'examen endoscopique met en évidence :

- un utérus de forme et de volume normaux,
- une trompe et un ovaire droits sains, ainsi que la trompe gauche,
- un ovaire gauche volumineux, de la taille d'une grosse figue, blanchâtre, de surface lisse sans cicatrice ovulatoire et fixé au bord gauche de l'utérus par des adhérences.

Ces résultats permettent de conclure à une dystrophie ovarienne gauche, avec ovaire de type steinien, associée à quelques signes inflammatoires anciens.

Mme H..... Nicole, 22 ans, dossier 289 bis :

Cette malade consulte pour une aménorrhée secondaire qui remonte à un an, apparue après un épisode d'oligoménorrhée.

A l'examen clinique, l'utérus et les annexes paraissent normaux.

La coelioscopie montre un petit utérus, des trompes saines, des ovaires de dimensions sensiblement normales, mais à coque épaisse, lisse et sans cicatrice de corps jaune.

II - LA DYSTROPHIE OVARIENNE MICRO-POLYKISTIQUE :

Il s'agit d'une affection beaucoup plus fréquente que celle de STEIN-LEVENTHAL, et dont l'examen clinique, à lui seul, fournit le plus souvent la clef du diagnostic.

L'examen, chez les sujets atteints d'une telle affection, permet de retrouver :

- parfois, des antécédents d'annexite,
- fréquemment, des irrégularités menstruelles, allant parfois jusqu'à l'aménorrhée (trois de nos consultantes se classent dans ce groupe),

- souvent, un syndrome douloureux pelvien, à recrudescence pré-menstruelle (rencontré trois fois dans notre série),
- une neurotonie inconstante,
- et surtout, signe capital pour le diagnostic, un volume ovarien variable d'un examen gynécologique à l'autre, très augmenté en période pré-menstruelle.

Les dosages hormonaux statiques donnent des résultats variant d'un cycle à l'autre, mais dans l'ensemble l'élimination des oestrogènes est normale ou sub-normale, et celle du prégnandiol suit les fluctuations de la courbe thermique; l'épreuve de stimulation-freinage, non dénuée de risque, n'apporte rien.

La coelioscopie n'est pas indispensable au diagnostic, elle est surtout pratiquée en cas d'hésitation avec une annexite, un kyste organique de l'ovaire et une grossesse extra-utérine; elle montre alors : des ovaires durs, compacts, parsemés de travées fibreuses entre lesquelles la surface est bosselée par des kystes transparents, tantôt séreux, tantôt séro-hématiques.

Nous avons relevé six observations dont voici l'analyse :

Les indications coelioscopiques de nos six cas furent .

- spanioménorrhée, 2 fois,
- aménorrhée, aboutissement d'une période d'irrégularités menstruelles, 3 fois,
- suspicion de grossesse extra-utérine, I fois.

Nous avons constaté à l'examen endoscopique :

- deux cas dont l'aspect était tout-à-fait caractéristique,
- deux cas avec ovaires un peu gros,
- deux cas avec hypervascularisation ovarienne.

Signalons que, dans le cas où la grossesse extra-utérine était l'indication de la coelioscopie, la dystrophie ova-

rienne micro-polykystique fut trouvée associée à une annexite subaiguë.

III - LES DYSTROPHIES OVARIENNES NON KYSTIQUES :

Nous avons regroupé dans cette rubrique, II observations coelioscopiques comprenant :

- 3 cas d'hypoplasie ovarienne,
- 8 cas où les ovaires, de taille sensiblement normale et de surface lisse, ne présentaient pas de cicatrice ovulatoire; d'autre part, la corticale n'était jamais éxagérément épaissie.

Voici un cas d'hypoplasie ovarienne très marquée :

Mme D..... Françoise, 2I ans, dossier 233 bis :

Chez cette patiente qui consulte pour une aménorrhée primo-secondaire, l'examen clinique est normal, hormis une hypoplasie mammaire bilatérale.

Les G.U.T. sont à 5 unités souris.

La coelioscopie révèle un utérus hypoplasique, des trompes saines, un ovaire gauche de la taille d'une dragée et un ovaire droit réduit à l'état de crête génitale.

Dans les deux autres cas d'hypoplasie ovarienne :

- I fois, les deux ovaires étaient réduits aux dimensions d'une dragée et leur surface était lisse,
- I fois, un seul des ovaires était de petite taille et de surface lisse.

Pour les huit autres observations, les ovaires étaient de volume normal mais ne présentaient pas de cicatrice

de corps jaune. Deux de ces patientes se sont trouvées enceintes après prescription de citrate de clomiphène.

Dans ces observations, la coelioscopie a été pratiquée pour :

- aménorrhée primo-secondaire ou secondaire, 6 cas,
- bilan de stérilité, 4 cas,
- spanioménorrhée, I cas.

PATHOLOGIE PELVIENNE

Nous traiterons dans ce chapitre :

- Des phénomènes hémorragiques pelviens :
  - hématosalpinx gravidiques,
  - hématosalpinx non gravidiques,
  - hémorragies pelviennes sans collection tubaire.

- Des phénomènes inflammatoires pelviens :
  - aigus et subaigus,
  - chroniques,
  - tuberculeux.

- Des varicocèles pelviens.

PHENOMENES HEMORRAGIQUES PELVIENS

Ils sont dominés, de très loin, par la grossesse extra-utérine, indication la plus ancienne et la plus admise de la de la coelioscopie. Cependant, elle n'est pas la seule en cause, aussi diviserons nous ce chapitre en l'étude :

- des hématosalpinx gravidiques,
- des hématosalpinx non gravidiques,
- des hémorragies pelviennes sans collection tubaire.

I - LES HEMATOSALPINX GRAVIDIQUES :

A) Dans leur forme typique :

L'aspect endoscopique varie suivant le stade de développement apparent de l'oeuf.

- Au stade de début :

On découvre, à l'examen coelioscopique, sur le trajet d'une trompe, le plus souvent à la jonction ampullo-isthmique, une petite soufflure, de couleur parfois normale mais le plus souvent violacée et pourvue d'une riche vascularisation. La présence d'un peu de sang, au niveau du pavillon tubaire, est un bon argument d'appoint en faveur d'une grossesse extra-utérine; il en est de même pour la découverte de quelques caillots noirâtres, collectés dans le cul-de-sac de Douglas, réalisant un hématocèle rétro-utérin.

A ce stade, l'utérus est le plus souvent de volume normal, parfois légèrement congestif.

- A un stade plus avancé :

La dilatation de la trompe est plus importante, de couleur aubergine, violacée, parcourue par de gros vaisseaux.

Quelques caillots noirâtres entourent la trompe et l'ovaire et il existe, très fréquemment, un épanchement sanglant collecté, non seulement dans le cul-de-sac de Douglas, mais aussi dans la grande cavité péritonéale.

L'utérus est congestif, augmenté de volume, mais toujours plus petit que ne le voudrait l'âge de la grossesse.

B) Dans leurs formes atypiques :

- A un stade très précoce :

l'infiltration hémorragique n'a pas encore atteint la couche séro-musculeuse tubaire et la trompe conserve ainsi sa coloration normale. Pour diagnostiquer une grossesse extra-utérine, il faut alors bien comparer les dimensions de chaque trompe et rechercher la présence de sang dans le pelvis.

- A un stade plus avancé :

la trompe peut être déjà fissurée et en voie de rupture, laissant ainsi apparaître une masse faite de caillots et de villosités placentaires.

- En cas d'avortement tubo-abdominal, on constate, à l'extrémité distale de la trompe distendue, une masse cruorique ou d'allure ovulaire en cours d'expulsion.

C) Nos observations :

Elles sont au nombre de trois.

Mme H..... Thérèse, 33 ans, dossier I82 bis :

Chez cette patiente, on suspecte une grossesse extra-utérine devant un ensemble clinique évocateur :
- métrorragies sépias,
- douleurs pelviennes à irradiation scapulaire,

- cul-de-sac de Douglas très douloureux au toucher vaginal,
- perception d'une masse latéro-utérine gauche douloureuse.

Le dosage urinaire des prolans est inférieur à I 500 U.I., la numération-formule sanguine trouve 3 200 000 globules rouges et 8 200 globules blancs par ml.

A l'examen endoscopique on constate : une dilatation ampullaire de la trompe gauche associée à un hématocèle rétro-utérin.

Cet aspect endoscopique typique d'une grossesse extra-utérine impose la laparotomie au cours de laquelle une salpingectomie gauche sera pratiquée.

L'étude histologique de la pièce opératoire montre une trompe gauche dilatée dont la lumière contient un hématome dans lequel se trouvent des villosités placentaires sans anomalie de structure; l'hématome fuse en périphérie par le pavillon tubaire.

Mme M..... Josiane, 24 ans, dossier 2I quarte :

Cette femme consulte pour un syndrome douloureux abdominal accompagné de métrorragies noirâtres, fétides; on note également l'existence de nausées et d'un état de pâleur.

Le taux urinaire des prolans est compris entre I3 000 et 30 000 U.I.

A la numération-formule sanguine, on décèle une baisse notable des globules rouges (2 300 000 / ml) et une augmentation des globules blancs à I2 300 / ml, dont 80 % de polynucléaires.

La coelioscopie confirme la suspicion clinique de grossesse extra-utérine, devant une dilatation tubaire droite de couleur violacée et du sang dans la cavité péritonéale.

L'intervention suivit l'examen endoscopique et il fut pratiqué une salpingectomie droite.

L'examen anatomo-pathologique de la trompe confirme l'hématosalpinx gravidique.

Mme B..... Marie-Josée, 22 ans, dossier I 746 bis :

Cette patiente se plaint de violentes douleurs au niveau de la fosse iliaque gauche, de métrorragies à sang noir et de lipothymies.

L'examen clinique révèle la présence d'une masse latéro-utérine droite et d'un cul-de-sac de Douglas très douloureux.

Les globules rouges sont à 3 300 000 et les globules blancs à IO 200/ml dont 84 % de polynucléaires.

Tous ces signes permettent de soupçonner une grossesse extra-utérine que confirme la coelioscopie : la portion ampullaire de la trompe droite est boursoufflée par une masse intra-tubaire; il existe des caillots noirâtres autour de la trompe.

Lors de la laparotomie, la trompe se fissure spontanément et libère un oeuf de la grosseur d'une amande. On pratique une salpingectomie droite.

A l'examen anatomo-pathologique de la pièce opératoire on retrouve des villosités placentaires.

Ces trois observations ne sont pas très démonstratives de l'avantage qu'apporte la coelioscopie en matière de grossesse extra-utérine. En effet, les examens cliniques et para-cliniques, à eux-seuls, ont permis de poser le diagnostic de grossesse extra-utérine, imposant ainsi l'intervention chirurgicale.

Cependant, dans notre série, nous avons réalisé IO coelioscopies pour suspicion de grossesse extra-utérine et qui se sont révélées être :

- une grossesse intra-utérine, 4 fois, dont une association avec un kyste fonctionnel de l'ovaire,
- une dystrophie micropolykystique des ovaires, I fois,
- une annexite sub-aiguë, I fois,

- un myome sous-séreux, I fois,

- un status normal, 3 fois.

Pour ces IO cas, l'intervention chirurgicale ne fut pas nécessaire; or, sans l'examen endoscopique et sur la vue des résultats cliniques et para-cliniques, elle aurait certainement été pratiquée.

II - LES HEMATOXALPINX NON GRAVIDIQUES :

La salpingite hémorragique peut réaliser un tableau d'hématosalpinx ayant les mêmes caractères que ceux d'une grossesse extra-utérine. Devant un tel aspect coelioscopique, l'intervention chirurgicale s'impose et celle-ci, complétée de l'examen histologique de la trompe, redressera le diagnostic.

Le seul cas d'hématosalpinx non gravidique, que notre série comporte, ne fut pas reconnu au cours de l'exploration endoscopique : la présence d'un hématocèle organisé dans lequel plongeaient les trompes ne permit d'observer que la portion isthmique de celle-ci.

Il s'agit de .

Mme Z..... Pierrette, 28 ans, dossier I 6I4 bis :

Cette femme consulte pour des crises douloureuses abdominales violentes, des vertiges et des métrorragies peu abondantes. Au toucher vaginal, on perçoit une annexe droite et un cul-de-sac de Douglas sensibles. Cette symptomatologie fait évoquer une grossesse extra-utérine, bien que le dosage des prolans soit inférieur à I 500 U.I.

Une coelioscopie entreprise révèle : un hématocèle organisé dans lequel plongent les deux trompes qui ne sont visibles que dans leur portion isthmique. Un tel aspect impose une laparotomie dont voici le compte-rendu :

- hématocèle organisé au niveau du cul-de-sac de Douglas,
- trompe droite augmentée de volume dans sa portion ampullaire et dont les franges sont agglutinées, mais il n'y

a pas semble-t-il, de grossesse extra-utérine.

- trompe et ovaire gauches adhérents à la face postérieure de l'utérus.

Une salpingectomie droite est pratiquée et l'examen anatomo-pathologique de cette pièce opératoire est demandé : celui-ci confirme l'existence d'un hématome péritubaire en voie d'organisation et d'une salpingite chronique, mais il n'y a pas de villosités placentaires infirmant ainsi le diagnostic de grossesse extra-utérine.

III - LES HEMORRAGIES PELVIENNES SANS COLLECTION TUBAIRE :

Il s'agit là encore, non d'un diagnostic endoscopique, mais d'un diagnostic d'intervention confirmé par l'examen anatomo-pathologique de la pièce opératoire.

Mme P..... Eliane, 20 ans, dossier I 636 bis :

Chez cette patiente, on évoque le diagnostic de grossesse extra-utérine devant une crise douloureuse aiguë de la fosse iliaque gauche accompagnée de petits signes d'hémorragie interne et d'un empâtement annexiel gauche.

La coelioscopie est donc indiquée : elle met en évidence la présence de nombreux caillots organisés dans le pelvis, cachant en partie l'ovaire et la portion ampullaire de la trompe gauche.

L'intervention qui suivit, rend compte de l'existence :

- d'un hématocèle,
- d'une trompe gauche saine,
- de la présence d'un corps jaune hémorragique sur l'ovaire gauche nécessitant une ovariectomie partielle gauche,
- d'une trompe et d'un ovaire droits sains.

L'examen histologique montre qu'il ne s'agit que de la rupture d'un corps jaune hémorragique.

L'endoscopie garde donc un intérêt lorsque l'on soupçonne un hémopéritoine, même si elle ne parvient pas au diagnostic étiologique, car elle pose l'indication chirurgicale.

PHENOMENES INFLAMMATOIRES PELVIENS

I - LES PHENOMENES INFLAMMATOIRES SUBAIGUS ET AIGUS :

Ils sont représentés par :

- les salpingites dans leurs formes aiguës et subaiguës,
- les pyosalpinx.

A) Salpingites ou annexites d'allure aiguë :

Elles sont la conséquence de l'évolution d'une phase subaiguë, dite catarrhale, caractérisée par un aspect congestif, oedématié, hypervascularisé des trompes, mais, à ce stade, il n'y a de réaction ni du péritoine, ni de l'utérus, ni des ovaires.

En période aiguë, ces mêmes aspects sont retrouvés, mais sont plus intenses : la paroi des trompes est souvent recouverte de fausses membranes purulentes, l'utérus, l'ovaire et le péritoine participent assez fréquemment aux phénomènes congestifs, et l'on ne sera pas surpris de trouver quelques centimètres cubes de sérosité louche ou claire dans le cul-de-sac de Douglas.

Lorsque l'infection est primitive, l'atteinte tubaire est plus souvent unilatérale et le petit bassin libre d'adhérence.

Voici l'étude des 7 observations de notre série concernant des annexites d'évolution aiguë :

Indications de l'examen endoscopique :

- douleurs pelviennes isolées, 3 fois,
- douleurs pelviennes avec métrorragies, I fois,

- suspicion d'annexite chez une femme enceinte, I fois,
- suspicion de grossesse extra-utérine, I fois,
- fièvre inexpliquée, I fois.

Aspects coelioscopiques observés :

- hypervascularisation, congestion et dilatation unilatérales des trompes avec ou sans agglutination des franges, 5 cas,
- hypervascularisation ampullaire bilatérale, 3 cas,
- participation de l'utérus aux phénomènes congestifs, 3 cas,
- participation de l'ovaire aux phénomènes congestifs, 2 cas,
- présence de sérosité sanglante dans le cul-de-sac de Douglas, I cas.

Associations pathologiques :

- avec hydrosalpinx, 2 fois,
- avec des adhérences, 2 fois,
- avec une dystrophie micro-polykystique des ovaires, I fois,
- avec une grossesse intra-utérine, I fois.

B) Pyosalpinx .

Il se présente comme une importante dilatation ampullaire, à paroi épaisse, de couleur rouge sombre. La trompe est recouverte de fausses membranes purulentes et, volontiers, enchassée dans de nombreuses adhérences.

A l'examen endoscopique, nous n'avons pas observé de pyosalpinx; mais, il est un cas (nous y reviendrons dans le paragraphe consacré aux phénomènes tuberculeux) pour lequel les explorations endo-utérines et notamment le curetage biopsique de la cavité utérine a certainement été responsable d'une poussée infectieuse qui a transformé un hydrosalpinx bilatéral en deux énormes pyosalpinx, mis en évidence lors de l'intervention pratiquée dix jours après l'endoscopie.

- suspicion d'annexite chez une femme enceinte, I fois,
- suspicion de grossesse extra-utérine, I fois,
- fièvre inexpliquée, I fois.

Aspects coelioscopiques observés :

- hypervascularisation, congestion et dilatation unilatérales des trompes avec ou sans agglutination des franges, 5 cas,
- hypervascularisation ampullaire bilatérale, 3 cas,
- participation de l'utérus aux phénomènes congestifs, 3 cas,
- participation de l'ovaire aux phénomènes congestifs, 2 cas,
- présence de sérosité sanglante dans le cul-de-sac de Douglas, I cas.

Associations pathologiques :

- avec hydrosalpinx, 2 fois,
- avec des adhérences, 2 fois,
- avec une dystrophie micro-polykystique des ovaires, I fois,
- avec une grossesse intra-utérine, I fois.

B) Pyosalpinx .

Il se présente comme une importante dilatation ampullaire, à paroi épaisse, de couleur rouge sombre. La trompe est recouverte de fausses membranes purulentes et, volontiers, enchassée dans de nombreuses adhérences.

A l'examen endoscopique, nous n'avons pas observé de pyosalpinx; mais, il est un cas (nous y reviendrons dans le paragraphe consacré aux phénomènes tuberculeux) pour lequel les explorations endo-utérines et notamment le curetage biopsique de la cavité utérine a certainement été responsable d'une poussée infectieuse qui a transformé un hydrosalpinx bilatéral en deux énormes pyosalpinx, mis en évidence lors de l'intervention pratiquée dix jours après l'endoscopie.

II - LES PHENOMENES INFLAMMATOIRES CHRONIQUES :

On les divise en :

- hydrosalpinx,
- atteinte chronique des trompes,
- phénomènes adhérentiels.

Toutes ces lésions représentent les séquelles d'un état inflammatoire subaigu ou aigu.

A) Les hydrosalpinx :

L'aspect coelioscopique de ces formations est celui d'une dilatation tubaire caractérisée par :

- un volume variable, pouvant parfois atteindre les dimensions d'une anse grêle,
- un aspect transparent, ou, au contraire, opaque,
- un siège le plus souvent distal,
- une coloration à l'épreuve au bleu de méthylène, si la portion proximale de la trompe est restée perméable.

Enfin, ces états peuvent être uniques ou multiples, unis ou bilatéraux, libres ou accompagnés d'autres phénomènes inflammatoires.

Nous avons fait neuf observations endoscopiques d'hydrosalpinx dont voici l'analyse :

Les indications étaient portées pour :

- stérilité primaire, 3 fois,
- stérilité secondaire, 3 fois,
- douleurs pelviennes associées à des métrorragies, 2 fois,
- fièvre inexpliquée, I fois.

L'examen coelioscopique a montré :

- la bilatéralité des lésions dans 2 cas,
- un seul passage tubaire sur 4 épreuves au bleu de méthylène,
- des associations diverses, 8 cas, dont 5 fois avec des phénomènes adhérentiels, 2 fois avec une salpingite

subaiguë, I fois avec une salpingite tuberculeuse.

Signalons un échec d'endoscopie :

Mme M..... Jacqueline, 22 ans, dossier I 038 bis :

chez qui l'hystéro-salpingographie a reconnu un hydrosalpinx droit que la coelioscopie n'a pu visualiser car les annexes étaient entièrement recouvertes par des adhérences.

B) Atteinte chronique des trompes :

Nos trois diagnostics de salpingite chronique ont été portés devant un aspect de phimosis du pavillon tubaire, qui fut deux fois associé à des phénomènes adhérentiels, et une fois à des pseudo-kystes péritonéaux.

Des douleurs pelviennes, 2 fois, et une stérilité primaire, I fois, ont indiqué l'exploration endoscopique.

Voici l'une de ces observations :

Mme F..... Madeleine, 36 ans, dossier I I58 quarte :

consulte pour une stérilité primaire.

A l'examen hystéro-salpingographique, on constate un mauvais brassage péritonéal, ce qui nous incite à pratiquer une coelioscopie qui révèle : outre la présence d'un petit léiomyome, l'existence d'un phimosis partiel du pavillon tubaire gauche et la striction de la trompe droite au-dessous du pavillon, le reste de la trompe est sain : il s'agit donc d'une séquelle inflammatoire indiquant l'intervention chirurgicale.

Au cours de celle-ci, on retrouve les aspects coelioscopiques décrits ci-dessus et l'on pratique une épreuve au bleu de méthylène qui reconnaît un discret passage tubaire à gauche. On réalise une salpingostomie gauche, une salpingolyse droite et une myomectomie; une nouvelle épreuve au bleu de méthylène, après restauration tubaire, montre un passage bilatéral satisfaisant.

Il convient de rappeler que le phimosis tubaire, c'est-à-dire la sténose par agglutination des franges tubaires, n'est pas le seul aspect endoscopique que réalise la salpingite chronique. On peut, en effet, également trouver soit des trompes grêles à paroi rigide et dure, soit des trompes de calibre sensiblement normal mais à paroi épaissie, manquant de souplesse et volontiers sinueuses, soit enfin un aspect moniliforme des trompes ce qui n'est en rien, ici, caractéristique d'une tuberculose.

C) Phénomènes adhérentiels et pseudo-kystes péritonéaux :

Les adhérences sont les séquelles inflammatoires chroniques que l'on rencontre le plus souvent. Elles peuvent n'être que le seul témoin d'une infection ancienne ou co-exister avec d'autres lésions inflammatoires telles qu'un hydrosalpinx, une salpingite chronique ou des pseudo-kystes péritonéaux.

Elles sont éminemment variables dans leur morphologie et leur topographie, mais souvent, elles vont étirer, écraser ou déformer les trompes, responsables ainsi de stérilité.

On distingue schématiquement deux types d'adhérences :

- épiploïques : elles réalisent soit de simples brides franchissant l'espace rétro-utérin et venant s'accoler à la corne utérine ou au pavillon tubaire, soit un voile transparent par place, pouvant masquer les annexes, mais que le tube de coelioscopie peut franchir en sa partie la plus mince,
- membraneuses : elles cloisonnent plus ou moins largement le pelvis ou peuvent rester limitées aux régions péri-annexielles, englobant les ovaires et les trompes qu'elles peuvent unir à l'utérus, au colon ou au caecum.

On conçoit bien ainsi la gêne que ces lésions opposent à l'examen endoscopique.

Quant aux pseudo-kystes péritonéaux, ils sont responsables de dilatations liquidiennes de coloration bleutée et comblent plus ou moins le fond du petit bassin.

Nous avons collationné I7 observations montrant des phénomènes adhérentiels.

Ils furent mis en évidence lors d'examens endoscopiques indiqués pour :

- douleurs pelviennes, 6 fois,
- douleurs pelviennes avec métrorragies, I fois,
- stérilité primaire, 3 fois,
- stérilité secondaire, 3 fois,
- suspicion d'endométriose, I fois,
- dysménorrhée, I fois,
- suspicion de grossesse extra-utérine, I fois,
- fièvre inexpliquée, I fois.

-- Huit fois, les adhérences existaient seules et notons que :

- 2 fois, elles furent telles que les annexes ne purent être visualisées et que le tube de coelioscopie ne put les franchir,
- I fois, l'épreuve au bleu de méthylène montra un bon passage bilatéral, malgré leur extension péri-tubaire allant de la région ampullaire à la face postérieure de l'utérus,
- I fois, l'hystéro-salpingographie visualisa un passage tubaire bilatéral correct, mais sans brassage péritonéal.

-- Huit fois, les adhérences étaient associées à :

- une salpingite subaiguë, 2 cas,
- un hydrosalpinx, 5 cas,
- un aspect des ovaires de type steinien, I cas.

-- Une fois, la coelioscopie a montré des pseudo-kystes péritonéaux qui se trouvaient associés à des adhérences et à un phimosis tubaire.

III - LES PHENOMES INFLAMMATOIRES TUBERCULEUX :

Les aspects morphologiques de la tuberculose annexielle sont très polymorphes.

D'après PALMER (I963), on peut distinguer 4 formes :

- la forme miliaire : sur une trompe de dimensions presque normales, on constate un semis de granulations blanchâtres caractéristiques qui peut s'étendre à l'utérus et au péritoine,
- la forme nodulaire : avec des bosselures de teinte jaunâtre sur le trajet tubaire,
- la forme adhésive : avec des annexes entièrement noyées dans des adhérences oedémato-congestives. La présence de quelques granulations miliaires affirmera le diagnostic.
- la forme salpingitique : banale, la plus fréquente, que l'on diagnostiquera sur le résultat de l'examen anatomo-pathologique de la biopsie.

Nous n'avons observé que ces deux derniers aspects, dont voici les observations :

Mme H.... Christiane, 28 ans, dossier I 78I bis :

Cette patiente, mariée depuis 7 ans, sans antécédent notable, consulte pour stérilité primaire.

Un curetage utérin biopsique et une coelioscopie sont pratiqués.

L'examen endoscopique montre un hydrosalpinx bilatéral, sans aucun passage péritonéal à l'insufflation.

L'examen histologique du curetage biopsique révèle de nombreux amas lymphoïdes évoquant une tuberculose confirmée par la découverte de bacilles tuberculeux à la culture.

IO jours après le curetage et la coelioscopie, la malade a présenté un syndrome fébrile occlusif accompagné de signes de localisation pelvienne imposant une laparotomie exploratrice. La découverte, au cours de l'intervention, de deux énormes pyosalpinx, dont l'un en voie de rupture, obligea à une salpingectomie bilatérale. L'histologie des pièces opératoires fournit une nouvelle confirmation de la nature tuberculeuse des lésions.

Cette observation est intéressante pour deux raisons :

d'une part, elle témoigne de l'impossibilité, dans cette forme séquellaire de salpingite, d'affirmer la nature tuberculeuse des lésions à la seule vue endoscopique et,

d'autre part, elle fait ressortir le danger d'un réveil infectieux après manoeuvre endo-utérine et insufflation.

A la suite de l'insufflation et du curetage biopsique, un traitement antibiotique aurait dû être prescrit à cette malade, comme le recommande la plupart des auteurs lorsqu'ils découvrent des lésions inflammatoires suspectes. Ce qui permet d'éviter les risques d'un réveil infectieux de ces lésions d'aspect chronique.

Mme C..... Fernande, 23 ans, dossier I7I bis :

Cette femme présente une ascite et une température à 39,5°C.

L'interrogatoire note une aménorrhée primaire et un contexte familial tuberculeux. Des examens endoscopiques et hystérographiques pratiqués deux ans plus tôt, auraient montré l'existence de trompes moniliformes et scléreuses, ainsi qu'une synéchie utérine totale, l'ensemble ayant évoqué la probabilité de lésions cicatricielles tuberculeuses.

Une cuti-réaction pratiquée dans le service s'avère négative.

La ponction du liquide d'ascite retire 2 500 cm^3 d'un liquide citrin, rivalta ++.

On décide d'une exploration endoscopique dont voici le compte-rendu :

- existence d'une annexite aiguë avec réaction péritonéale importante,
- péritoine très épaissi sans granulation tuberculeuse spécifique,
- nombreuses adhérences cloisonnant la cavité pelvienne et facilement dissécables par le palpateur,
- utérus très congestif saignant au contact,
- trompes d'aspect très inflammatoire et ne formant qu'un magma avec les ovaires.

Cet ensemble clinique et paraclinique évoque une tuberculose qui sera confirmée, peu de temps après, par les lésions tuberculeuses apparues chez les cobayes inoculés avec le liquide d'ascite.

Ces deux observations ne témoignent pas d'un grand intérêt de l'examen endoscopique en matière de lésions tuberculeuses : en effet, nous n'avons reconnu que des phénomènes inflammatoires banaux, ceux-là même que l'on rencontre d'ailleurs le plus souvent. Le diagnostic repose donc, le plus fréquemment, sur d'autres éléments tels que l'aspect hystérographique, la biopsie d'endomètre, les examens bactériologiques. La coelioscopie garde, cependant, toute sa valeur lors d'un bilan de stérilité car elle peut découvrir des lésions suspectes dont la biopsie per-coelioscopique permettra de reconnaître la nature tuberculeuse.

VARICOCELES PELVIENS

Ce sont des dilatations vasculaires qui siègent sur le mésosalpinx ou à la partie basse du ligament large. La position de Trendelenburg est idéale pour leur reconnaissance car elle a plutôt tendance à en diminuer l'importance.

Dans notre série, nous avons observé 5 cas de varicocèle siégeant tous sur le mésosalpinx.

Quatre fois, l'indication de l'examen endoscopique fut posée pour des douleurs pelviennes non rythmées par le cycle menstruel. En fait, THOYER-ROZAT (1965) et FELDMAN (1967), étudiant un grand nombre d'observations, ont montré que le varicocèle est plus souvent asymptomatique.

Dans un cas, le varicocèle se trouva associé à une endométriose, l'indication coelioscopique avait été portée pour des douleurs pelviennes à recrudescence menstruelle.

FIBRO-MYOMES UTERINS

Le diagnostic de fibro-myomes repose habituellement sur la clinique et l'hystérographie; cependant, bon nombre de myomes sous-séreux, de petits volumes, passent inaperçus à ces examens et ne sont révélés que lors de la coelioscopie : nos cinq observations sont d'ailleurs de ces découvertes fortuites.

Cependant, même lorsque le diagnostic est posé, l'endoscopie n'est pas d'intérêt négligeable car :

- elle seule peut faire le diagnostic différentiel entre une tumeur annexielle et un fibrome sous-séreux pédiculé,
- elle précise l'aspect de certains fibromes devenus douloureux par l'existence d'une nécrobiose ou de lésions associées,
- elle évite chez une femme de 40 à 50 ans d'ignorer un cancer de l'ovaire accolé à l'utérus.

INDICATIONS ET RESULTATS DE NOS CINQ OBSERVATIONS :

- Suspicion de grossesse extra-utérine devant l'existence d'une masse annexielle : I cas,
  - .. il s'agissait d'un petit myome sous-séreux.
- Douleurs pelviennes inexpliquées : 2 cas,
  - .. une observation a montré la présence de petits myomes sous-séreux sans lésion associée.
  - .. l'autre observation a permis de reconnaître un myome pédiculé sous-séreux associé à une endométriose du cul-de-sac de Douglas.

- Méno-métrorragies : I cas,

.. cette fois le myome sous-séreux était associé à un kyste fonctionnel de l'ovaire qui fut ponctionné.

- Stérilité primaire : I cas,

.. découverte d'un myome sous-séreux accompagné de phénomènes inflammatoires chroniques de la trompe utérine, certainement responsables de la stérilité.

Dans ces cinq observations, il s'agissait donc de fibromes sous-séreux dont le diagnostic n'avait pas été évoqué à l'examen clinique.

ENDOMETRIOSE

Nous avons porté le diagnostic coelioscopique d'endométriose 4 fois.

I - NOS INDICATIONS :

Les malades présentaient :

- soit des douleurs pelviennes à recrudescence cyclique, 3 cas,
- soit une masse latéro-utérine de consistance kystique, I cas.

II - ASPECT MORPHOLOGIQUE ET LOCALISATION DES LESIONS :

L'observation montra chaque fois des lésions semblables : il s'agissait de granulation ou de nodules de teinte bleuâtre, violacée ou noirâtre, siégeant soit au niveau du cul-de-sac de Douglas, 3 fois, soit sur les ligaments utéro-sacrés, I fois.

Nous n'avons pas rencontré les autres aspects bien connus à type :

- de kyste goudron de l'ovaire, formation pouvant atteindre la taille d'une prune ou d'une mandarine (parfois plus volumineux encore),
- de nodosités tubaires, peu caractéristiques car bien souvent blanchâtres, d'aspect fibreux, situées le plus souvent au niveau de la corne utérine,

- de lésions cicatricielles qui correspondent à l'évolution vers une forme de sclérose rétractile pouvant donner au péritoine rétro-utérin un aspect épaissi et cartonné.

III - ASSOCIATION DE L'ENDOMETRIOSE AVEC D'AUTRES LESIONS :

A) Avec un kyste de l'ovaire, I cas .

L'endométriose fut une découverte fortuite chez une malade dont la coelioscopie était indiquée car nous suspections précisément un kyste de l'ovaire.

B) Avec une pathologie veineuse pelvienne, I cas :

L'endoscopie permit de reconnaître l'existence d'un varicocèle chez une malade souffrant de douleurs pelviennes à recrudescence cyclique.

C) Avec un myome pédiculé, I cas :

Chez cette patiente présentant des algies pelviennes, l'examen clinique et l'hystéro-salpingographie n'avaient pas permis de reconnaître ce myome pédiculé sous-séreux.

IV - CAS OU L'ENDOMETRIOSE N'A PAS ETE RECONNUE AU COURS DE L'EXAMEN ENDOSCOPIQUE :

La coelioscopie mit en évidence, dans deux observations, des kystes de l'ovaire pour lesquels une intervention chirurgicale fut pratiquée. L'examen histologique des pièces opératoires décela une endométriose du mésosalpinx, dans I cas, et une endométriose tubaire dans l'autre cas.

En matière d'endométriose, la coelioscopie présente deux intérêts majeurs :

- confirmer un diagnostic clinique posé en présence d'une pathologie rythmée par les cycles,
- découvrir les formes latentes de cette affection qui constituent 50 % des formes cliniques.

PATHOLOGIE ASSOCIEE A UNE GROSSESSE INTRA-UTERINE

La pratique endoscopique, dans les premiers mois de la grossesse, est tenue pour inoffensive, à condition, bien entendu, d'éviter la pose de tout instrument intra-utérin, et elle est de très loin préférable à une laparotomie exploratrice (HENRION R. et SANTARELLI J. 1965).

L'indication de la coelioscopie, en ce domaine, se situe à deux niveaux :

- la grossesse est connue mais une anomalie pathologique y est associée, dont on veut connaître la nature exacte,
- la grossesse est méconnue, la coelioscopie étant indiquée pour une quelconque affection pelvienne.

L'aspect endoscopique, en début de grossesse, est celui d'un utérus augmenté de volume, arrondi, congestif, légèrement violacé et sillonné par de gros vaisseaux. Un corps jaune est souvent visible sur l'un des ovaires.

Voici les indications et les résultats coelioscopiques de nos six observations en ce domaine :

Indications .

- suspicion de grossesse extra-utérine, 4 fois,
- grossesse intra-utérine connue, mais associée à :
  - une suspicion d'annexite, I fois,
  - des douleurs de la fosse iliaque droite, I fois.

Résultats :

- 3 grossesses intra-utérines simples,

- I grossesse associée à un kyste fonctionnel de l'ovaire que l'on a ponctionné,
- I grossesse associée à une annexite subaiguë, ainsi que la clinique l'avait fait soupçonner,
- les douleurs de la fosse iliaque droite de la patiente enceinte s'expliquent du fait que l'ovaire se trouvait capoté au-dessus de la trompe et tordu de I80° autour du ligament lombo-ovarien. Le palpateur a remis cet ovaire en place et permit ainsi la disparition des douleurs. L'endoscopie fut donc, ici, à la fois un geste diagnostique et thérapeutique.

En conclusion .

L'intérêt de la coelioscopie est indiscutable, car elle confirme l'étiologie d'une affection associée à la gestation et permet donc ainsi, un traitement adéquat qui préservera l'évolution de cette grossesse.

ANOMALIES CONGENITALES DE L'APPAREIL GENITAL INTERNE

Nous étudierons dans ce chapitre :

- les anomalies gonadales dont le syndrome de TURNER constitue l'exemple type.
- les anomalies utérines dans lesquelles nous inclurons l'étude du syndrome de ROKITANSKY-KUSTER-HAUSER.

I - LE SYNDROME DE TURNER :

Il représente l'aspect le plus caractéristique des agénésies gonadiques associant trois types de symptôme :

- une aménorrhée primaire avec absence de développement de la vulve, du vagin et des seins qui restent infantiles; la pilosité pubienne et axillaire peut ou non faire défaut.
- un retard de développement statural, la taille ne dépasse guère I,40 M. à l'âge adulte.
- des malformations multiples diversement associées et dont les plus caractéristiques sont : le cou palmé, le rétrécissement de l'isthme de l'aorte et l'aspect radiologique de la tête tibiale (enfoncement du plateau interne et perte de la convexité du bord interne de ce plateau).

Les dosages hormonaux font la preuve de la carence gonadique : les gonadotrophines urinaires totales sont élevées, supérieures à 50 ou I00 unités souris.

La recherche du corpuscule de Barr dans les frottis buccaux reste infructueuse.

Le caryotype est habituellement 45 XO, témoin d'un accident mécanique de la division cellulaire affectant soit la méiose, lors de la gamétogénèse, soit l'une des premières mitoses de l'oeuf fécondé.

Le cas de Mle D..... Françoise, I4 ans, dossier 405 bis :

fit l'objet d'un examen endoscopique.

Le diagnostic suspecté sur un ensemble clinique et paraclinique :

- aménorrhée primaire,
- hypotrophie staturo-pondérale avec retard psycho-moteur,
- ptérygium colli,
- gonadotrophines urinaires totales : 25 unités souris,
- absence de corpuscule de Barr dans le frottis buccal,

fut confirmé par la coelioscopie qui révéla un aspect assez typique associant :

- des gonades remplacées par des crêtes génitales réduites à leur plus simple expression (aspect filiforme),
- des trompes grêles, mais de structure normale,
- un utérus hypoplasique de la taille d'une reine-claude,
- des ligaments ronds et utéro-sacrés réduits à l'état d'ébauche.

Cet aspect endoscopique d'agénésie gonadique totale ne pose généralement pas de problème diagnostique, mais il n'en est pas toujours ainsi et, dans les cas limites, une telle observation coelioscopique peut se discuter d'avec une hypoplasie ovarienne majeure.

II - LES ANOMALIES UTERINES :

A) Les malformations utérines isolées :

La coelioscopie constitue le temps capital de l'exploration d'une malformation utérine. Elle complète l'hystérographie qui permet de connaître l'existence et le degré de bifidité de la cavité utérine, de l'isthme et du col, mais ne peut, seule, distinguer un utérus bicorne d'un utérus cloisonné. L'urographie intra-veineuse complètera toujours ces deux examens car des malformations de l'arbre urinaire sont fréquemment associées.

a) Aspect coelioscopique d'un utérus bicorne :

Suivant le degré de bifidité, on peut voir deux cornes fusiformes bien séparées et réunies en V par leur extrémité inférieure ou une simple échancrure sur le fond de la matrice si l'utérus est cordiforme.

b) Aspect coelioscopique d'un utérus cloisonné :

Le fond utérin peut apparaître légèrement élargi et applati ou de forme normale.

Dans notre série, nous avons rencontré 3 cas de malformations utérines isolées : 2 utérus cloisonnés, I utérus bicorne.

Mme L..... Maryvonne, 25 ans, dossier 3I6 bis :

Un examen clinique pratiqué à la suite de deux avortements précoces (premier trimestre), révèle la présence d'une cloison occupant les deux tiers supérieurs du vagin ainsi que deux cols utérins accolés à cette cloison.

La coelioscopie montre un seul utérus à fond étalé avec deux annexes normales.

Il s'agit donc d'un utérus à grande cloison justifiable de l'intervention de BRET et PALMER.

Mme M..... Ginette, 22 ans, dossier II8 ter :

Au cours d'un curetage fait après un accouchement prématuré de six mois et demi, on soupçonne l'existence d'une malformation utérine de type utérus cloisonné.

L'hystérographie et la coelioscopie sont prévues mais retardées par l'installation d'une nouvelle grossesse qui avortera à deux mois et demi.

L'hystérographie pratiquée à la suite de ce deuxième accident semble plutôt évoquer un utérus bicorne avec une corne droite plus développée que la gauche.

La coelioscopie confirme l'impression clinique car elle montre un seul utérus à fond étalé.

Il s'agit donc d'un utérus à grande cloison imposant une intervention chirurgicale.

Mlle L..... Régine, I7 ans, dossier I I40 bis :

Chez cette jeune fille qui présente une dysménorrhée intense, on perçoit au toucher vaginal, deux masses de même consistance. Cette impression clinique ainsi qu'une hystérographie font suspecter un utérus double dont l'un semble borgne.

L'exploration endoscopique confirme le diagnostic clinique et hystérographique en montrant l'existence de deux hémi-utérus.

Ces trois observations nous montrent que, seul l'examen coelioscopique permet de conclure quant au type de la malformation utérine, alors que l'hystérographie ne fait que poser le diagnostic d'une malformation sans en préciser la nature exacte.

B) Le syndrome de ROKITANSKY-KUSTER-HAUSER :

Nous possédons deux observations typiques de ce syndrome :

Mlle M....., I9 ans, dossier 68I bis,

Cette jeune fille consulte pour une aménorrhée primaire (résistant à de nombreux cycles artificiels !).

L'examen clinique révèle la présence de caractères sexuels secondaires normaux, mais l'existence d'une atrèsie vaginale réduisant le vagin à un cul-de-sac de 4 cm de long; le méat uréthral occupe une position vulvaire médiane. Au toucher rectal, on ne sent pas d'utérus. Le diagnostic clinique de ROKITANSKY-KUSTER-HAUSER est évoqué et confirmé par une coelioscopie qui montre :

- un utérus réduit à un simple repli péritonéal,
- la présence de deux cornes utérines rudimentaires d'où partent, en avant le ligament rond, en arrière les ligaments utéro-ovariens et utésacrés,
- des trompes et des ovaires normaux.

Mlle E..... Flavienne, I7 ans, dossier 795 bis .

Cette patiente consulte pour une aménorrhée primaire. Cliniquement, on perçoit une vulve normale mais l'orifice hyménéal est difficile à trouver; il n'y a pas de cavité vaginale, si ce n'est un petit récessus de 2 cm de long. Le développement mammaire ainsi que la pilosité axillaire et pubienne sont normaux.

Le toucher vaginal et surtout rectal ne sentent pas d'utérus.

La coelioscopie confirmera le diagnostic de syndrome de ROKITANSKY, en montrant la présence de deux cornes utérines rudimentaires avec des trompes et des ovaires normaux.

Dans le syndrome de ROKITANSKY-KUSTER-HAUSER, l'examen endoscopique, d'une part confirme un diagnostic cliniquement très évocateur, et d'autre part permet de le distinguer d'un syndrome de TURNER qui n'est pas toujours évident aux seules observations cliniques et biologiques.

STERILISATIONS TUBAIRES PER-COELIOSCOPIQUES

Cette technique de stérilisation n'est pas récente puisque ANDERSON et RUDDOK en parlent en I937 et I939.
En fait, il faut attendre la communication de PALMER en I962, à la Société de Gynécologie Obstétrique, pour qu'elle devienne d'une pratique plus courante.

I - TECHNIQUE :

Nous employons la pince de PALMER et pratiquons une électro-coagulation bilatérale d'un segment de trompe au niveau de l'isthme. Le segment électro-coagulé est ensuite réséqué à l'aide du même instrument.

Dans notre service, nous considérons que le contrôle hystéro-salpingographique, préconisé par PALMER (I962), trois mois après l'intervention, n'est plus nécessaire, car cette technique est actuellement bien au point et les échecs extrêmement rares.

II - INDICATIONS :

Elles tiennent :

- à toute la pathologie qui contre-indique définitivement une grossesse,
- à la grande multiparité (six grossesses et plus),
- à la multiparité moyenne, mais associée à un échec des méthodes

contraceptives habituelles, telles que le stérilet, les contraceptifs oraux ou autres.

Notons que nous attendons toujours trois mois après une fausse-couche ou un accouchement afin de ne pas se trouver devant des phénomènes congestifs tubaires qui gêneraient considérablement la section-électro-coagulation.

III - RESULTATS :

Depuis deux ans, nous avons fait I9 stérilisations sous contrôle endoscopique sans aucun problème, les suites ont toujours été indolores et simples.

Jusqu'ici nous n'avons pas constaté d'échec, mais le recul dans le temps n'est pas suffisant.

Soulignons pour terminer que cette intervention doit être réservée à des chirurgiens expérimentés, parfaitement rompus aux manoeuvres endoscopiques.

-:-

CONCLUSION

L'intérêt de la coelioscopie n'est plus à démontrer, il est évident. Mais, pour en tirer tout le profit, il est nécessaire qu'elle soit pratiquée par un chirurgien gynécologue expérimenté.

Il faudra bien poser les indications et considérer qu'elle ne peut remplacer nos moyens d'investigations cliniques et para-cliniques habituels, mais qu'elle ne fait que les compléter.

La rareté des accidents, à condition d'observer une technique rigoureuse, fait qu'on peut l'envisager avec une certaine tranquillité d'esprit, soit pour dissiper les hésitations de la clinique, soit pour objectiver la cause d'un trouble fonctionnel, soit enfin, pour dépister la cause d'une stérilité cliniquement muette. Notons de plus, qu'elle constitue un moyen rapide et efficace de stérilisation tubaire.

L'interprétation des images est difficile, mais d'autant meilleure que la technique et l'instrumentation seront de bonnes qualités et l'oeil de l'opérateur exercé.

Enfin, un compte-rendu, un dessin, ou même la prise de clichés photographiques seront les garants, pour la malade, de l'utilité de cet examen.

Quant à nos I30 observations, nous retiendrons que I06 fois, soit dans 80 % des cas, la coelioscopie a précisé la nature d'un état pathologique permettant ainsi de pratiquer une thérapeutique adéquate : c'est là le but de la coelioscopie.

-.-.-.-.-.-.-.-

BIBLIOGRAPHIE

I - ABEILLE J.P.
Biopsie de l'ovaire à l'aide de la coelioscopie
Rev. franç.Gyn. Obst. AVRIL I970, 65, 2I9-224.

2 - ANGER D. et BESTAUX Y.
258 cas d'examens coelioscopiques - intérêt des biopsies ovariennes et tubaires.
Rev. Méd. Normandes, DECEMBRE I966, 8, 689-709.

3 - BALIN H., WAN L.S. et ISRAEL S.L.
Progrès récents en endoscopie pelvienne.
Obst. and Gyn., JANVIER I966, 27, 30-43.

4 - BONTE M. et PALMER R.
Résultats de la coelioscopie dans l'étude des échecs de la chirurgie tubaire.
C.R.Soc. Franç. Gyn., JUIN I96I, I3, 23-25.

5 - CERBONNET G.
Diagnostic de l'endométriose pelvi-génitale.
REV. PRAT., I969, I9, 3 285-3 293.

6 - CHAMBAUD R.
Intérêt de la coelioscopie dans la stérilité conjugale involontaire.
Gaz. Méd.France, 25 JUIL. I963, 70, 2 4II-2 4I8.

7 - CHARTIER M., DUBOST M. et HENRION R.
La coelioscopie dans le cancer de l'ovaire. Discussion de son utilité à propos de 28 observations.
Bull. Fed. Soc. Gyn. Obst., I963, I5, 304-305.

8 - CHARTIER M. et Coll.
Intérêt de la coelioscopie dans l'endométriose.
Immex., NOV. I965, 2, 723-727.

9 - CLEDIERE - VECSLIARSCHII L.
La coelioscopie dans le pronostic de la grossesse extra-utérine.
Thèse Paris, I960, N° 600, II8 pages.

I0 - COGNAT M.
La coelioscopie pour le diagnostic en gynécologie.
Rev. LYON MED., suppl. N° I6, II3.

II - COGNAT M.
Technique et avantage de la coelioscopie.
LYON MED., NOV. I969, 222, 803-806.

I2 - COGNAT M. et Coll.
Possibilités coelioscopiques en gynécologie.
LYON CHIR., Mai-Juin I969, 65, 42I-424.

I3 - COURTOIS J., VILLENEUVE F. et BOINET G.
à propos d'un accident du pneumopéritoine, premier temps d'une coelioscopie.
C.R.Soc. Franç. GYN., DEC. I957, 27, 40I-408.

I4 - CSILLAC M., MOROCZ K., VARGA K. et RAKOS L.
L'utilité de la coelioscopie dans le diagnostic de certains troubles de la fonction génitale de la femme.
GYN. OBST. NOV. I964, 63, 693-696.

I5 - DELLENBACH P., MULLER P. et LEVY G.
Préparation aux coelioscopies et laparotomies gynécologiques par le sorbitol injectable.
REV. FRANC.GYN.OBST., MARS I965, 60, 229-233.

I6 - DORANGEON P. et PALMER R.
L'apport de la coelioscopie dans les cancers génitaux de la femme.
GYN. PRAT., SEPT-OCT. I96I, I2, 335-344.

I7 - DORANGEON P. et PALMER R.
L'intérêt de la coelioscopie dans le dépistage des tumeurs malignes de l'ovaire.
BULL. FED. SOC. GYN. OBST., I963, I5, 30I-304.

I8 - DUMONT M.
La coelioscopie.
BULL. FED. GYN. OBST., NOV.-DEC. I966, I8, 493-494.

I9 - DUMONT M.
La coelioscopie gynécologique
LYON MED., MARS I970, 223, 677-680.

20 - ESPAGNO G.
Trois ans de pratique de coelioscopie.
BULL. FED. SOC. GYN. OBST., I96I, I3, 6I2-6I4.

2I - FELDMAN J.P.
Contribution à l'étude de la coelioscopie.
Thèse PARIS I967.

22 - FOEGLE J.
La coelioscopie chez la femme antérieurement laparotomisée.
Thèse STRASBOURG, I968.

23 - FRANGENHEIM H.
Indications, technique et complications de la laparoscopie et de la culdoscopie en gynécologie.
Geburtsh. Frauenh., JUIL. I962, 22, 597-6II.

24 - FRANGENHEIM H.
Erreurs techniques dans la coelioscopie.
Geburtsh. Frauenh., JANVIER I965, 25, 22-32.

25 - FUNCK-BRENTANO P.
Hématosalpinx gravidique et coelioscopie.
Gynaecologia, I96I, I52, I44-I53.

26 - GAUDEFROY M. et Coll.
A propos d'une centaine de coelioscopies.
J. SC. MED. LILLE, I968, 86, 607-6II.

27 - GILLOUX A.
Recherches expérimentales sur la pathogénie des troubles trophiques de l'ovaire.
GYN. OBST. I967, 66, 455-464.

28 - GILLOUX A.
Pathogenis of trophic disorders of the ovary.
GYN. PRAT., I967, I8, 549-47I.

29 - GIRARD Y., F.R.C.S. C., BIELINSKI S., FUGERE P.
Stérilisation tubaire per-laparoscopie par électro-coagulation.
U. MED. CAN., MAI I972, IOI, 874-876.

30 - GORDKI R. et Coll.
Classification per-coelioscopique des adhérences.
BULL. SOC. SCI. MED. LUXEMB., I967, IO4, IO5-IIO.

3I - GOSSE C.
La coelioscopie dans la stérilité.
Thèse PARIS I967.

32 - GRICOUROFF B. et Coll.
So-called germinative cysts, endometriosis and endometrioid tumors of the ovary.
BULL. CANCER, I968, 55, 343-352.

33 - HARTMANN J.P.
Contribution à l'étude du diagnostic étiologique des hémorragies génitales et pseudo-génitales après la ménopause.
Thèse PARIS I965.

34 - HENRION R.
Contribution de la coelioscopie à l'étude des anovulations.
Vie Méd., I970, 5I, 47I-483.

35 - HENRION R., SANTARELLI J.
Diagnostic des masses pelviennes dépistées au cours des trois premiers mois d'une grossesse intra-utérine.
Intérêt et innocuité de la coelioscopie.
Gyn. Obst., Sept. I965, 64, 5II-5I6.

36 - HERVE R.
Douleurs pelviennes d'origine génitale.
E.M.C. Gynécologique, I-I969, I62 A IO, I-II.

37 - HOUEL J.E., GARES R. et GIRAUD.
Coelioscopie et aménorrhée.
BULL. FEC. SOC. GYN. BOST., JUIN-JUIL. I960, I2, 268.

38 - HOUEL J.E. et GARES R.
La place de la coelioscopie dans l'examen d'une aménorrhée.
REV. FRANC. GYN. OBST., DEC. I960, 55, 765-77I.

39 - JAMAIN B., LETESSIER A. et BONHOMME J.
Grossesse tubaire et coelioscopie.
Sem. des Hôpit. PARIS, MAI I96I, 37, I 82I-I 823.

40 - JAMAIN B. et LETESSIER A.
Intérêt de la coelioscopie en gynécologie. Expérience personnelle pour le diagnostic de la grossesse tubaire.
Sem. des Hôp. PARIS, JUIN I96I, 37, 2 070-2 072.

4I - KELLER B., LEVY G., DELLENBACH P. et MULLER P.
Deux cas de torsion d'annexes saines. Diagnostic et traitement partiel au cours de l'exploration coelioscopique.
C.R.SOC. FRANC. GYN. OBST., DEC. I964, 34, 599-602.

42 - KELLER B.
Valeur de la coelioscopie pour le diagnostic de grossesse extra-utérine.
BULL. FED. GYN. OBST. FRANC., JANV.-MARS I968, 20, 88-90.

43 - LANGLOIS P.
Coeliophotography.
BULL. SOC. SCI. MED. LUXEMB., I967, I04, I05-II0.

44 - MARCHESI F., ALBANO V. et CITTADINI E.
L'intérêt de la coelioscopie dans l'étude des hypoplasies et malformations de l'appareil génital féminin interne.
C.R.SOC. FRANC. GYN., MAI I964, 34, 335-337.

45 - MICHELON B.
Qu'apporte la coelioscopie dans les douleurs pelviennes de la femme ?
REV. FRANC. GYN. OBST., JUIN-JUIL. I97I, 66, 437-442.

46 - MINTZ M.
La biopsie d'ovaire à la pince sous coelioscopique en particulier dans les aménorrhées.
C.R.SOC.FRANC.GYN., DEC. I962, 32, 635-658.

47 - MINTZ M., ELMALEH H. et BRUX J. (de)
Cancer de l'ovaire décelé par ponction d'un kyste sous-coelioscopie.
BULL. FED. SOC. GYN. OBST., I963, I5, 347-349.

48 - MINTZ M.
Ponction de kystes annexiels sous coelioscopie. Etude cytologique des liquides.
C.R. SOC. FRANC. GYN., MAI I965, 38, 326-330.

49 - MINTZ M. et Coll.
Le diagnostic de l'endométriose par l'association coelioscopie cytologie.
BULL. FED. SOC. GYN. OBST., I965, I7, 6I7-62I.

50 - MORIN P. et Coll.
Les dystrophies ovariennes.
REV. PRAT., I96I, II I 564)I 573.

5I - OLIVEIRA H.M.
Les renseignements fournis par l'utilisation conjuguée du bleu et de l'insufflation dans les coelioscopies pour stérilité.
C.R. SOC. FRANC. GYN., JUIN I96I, 3I, 79-82.

52 - PALMER R.
La coelioscopie dans la stérilité, "la stérilité involontaire".
MASSON ED., PARIS I950, I vol.

53 - PALMER R.
La coelioscopie dans les aménorrhées.
GAZ. MED. FRANCE, JUIL. I959, 66, I I53-I I56.

54 - PALMER R.
Progrès récents et indications actuelles de la coelioscopie abdominale en gynécologie.
MEM. ACAD. CHIR., JUIN JUIL. I960, 86, 659-663.

55 - PALMER R.
Les explorations fonctionnelles gynécologiques dans la stérilité.
MASSON ED. PARIS, I963, 345-40I.

56 - PALMER R. et CAPLIER R.
Les indications de la coelioscopie et de la chirurgie dans les douleurs pelviennes.
Vie Méd. MARS I964, 45, 78-80.

57 - PALMER R. et de BRUX J.
A propos d'un cas de tuberculose tubaire démontrée par biopsie per-coelioscopique avec trois grossesses tubaires et enfin une grossesse utérine.
C.R. Soc. Franç. GYN., AVRIL I964, 34, 207-2I2.

58 - PALMER R.
La radiographie et la coelioscopie dans les tumeurs de l'ovaire.
REV. PRAT., JUIN I965, I5, 2 I43- 2 I44.

59 - PRATT J.H. et Coll.
Spontaneous rupture of endometrial cysts of the ovary presensting as an acute abdominal émergency.
Am. J. Obst. Gyn., I08, I970, 56-62.

60 - RIBON R. et Coll.
Pseudotumoral forms of ovarian endometriosis
Bull. Fed. Soc. Gyn. OBst. (langue franç.), I970, 22, 344-348.

6I - RIOUX J.E.
Laparoscopy in gynecology. Analysis of I50 consecutive laparoscopies.
U. Méd. CAN, FEV. I97I, I00, 3I0-3I5.

62 - RIVIERE M., CHASTRUSSE L., DUBECQ J.P., LESBATS G. et RICORDEL C.
Notre expérience de la coelioscopie.
Bull. Fed. Soc. Gyn. OBst., SEPT-OCT. I964, I6, 433-436.

63 - ROBIN M.
La coelioscopie dans la stérilité féminine.
REC. MED. OCT. I970, I 9I9-I 922.

64 - SAMIN F.
Nouveaux renseignements donnés par la coelioscopie sur l'endométriose.
C.R.SOC. FRANC. GYN., JUIN 1961, 31, N° hors série 95-96.

65 - SARF B.
La coelioscopie, moyen diagnostique dans les douleurs abdominales gynécologiques.
Thèse PARIS, 1965, N° 893.

66 - SENEZE J.
Les indications de la coelioscopie en gynécologie.
Gaz. Méd. France, JANVIER 1964, 71, 281-285.

67 - SHARF M., POLISHUK W.Z. et PERETS A.
Valeur de l'endoscopie dans le diagnostic des troubles endocriniens.
J. OBST. GYN. BRIT. COMMON., OCT. 1961, 68, 838-840.

68 - THOYER-ROZAT J.
La coelioscopie.
MASSON ED., PARIS 1962, I VOL.

69 - THOYER-ROZAT J.
Coelioscopie et stérilité.
MEDICO, MAI 1963, 14, 418-419.

70 - THOYER-ROZAT J.
Indications de la coelioscopie gynécologique.
REV. PRAT. DEC. 1965, 15, 561-569.

71 - THOYER-ROZAT J.
Biopsies ovariennes per-coelioscopiques et anovulations.
REV. FRANC. GYN. OBST., SEPT-OCT. 1965, 60, 639-641.

72 - THOYER-ROZAT J. et COUDERC.
A propos de la stérilisation des trompes par électro-coagulation de l'isthme sous coelioscopie.
GYN. ET OBST., 1970, 22.

73 - VALLETTE C., BALOZET J., VARATTE Y., LAFFARGUE P.
Que peut-on attendre des biopsies ovariennes au cours des coelioscopies ?
BULL. FED. GYN. OBST. FRANC., I97I, 23, 206-2IO.

74 - VARANGOT J. et Coll.
Clinique et diagnostic de l'endométriose génitale.
BULL. FED. GYN. OBST., I965, 246-292.

75 - VIALA E.
Diagnostic différentiel des masses pelviennes à la lumiète de la coelioscopie.
Mémoire pour le titre d'assistant étranger, PARIS, I96I, 40 pp.

76 - VIGNALOI J., JAMAIN et PLOUIN S.
Aménorrhée d'allure endocrinienne et coelioscopie.
Entretien de Bichat (médecine), I960, 3I-36.

77 - WATTEVILLE H. (de) et BAECHLER C.
La laparoscopie à la maternité de Genève.
Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst., JANV. MARS I965, I7, 9-IO.

-:-:-:-:-:-

L'Université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ou mémoires. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs a teurs.

VU, le Président de Thèse :

VU, le Doyen de la Faculté :

VU et permis d'imprimer :
Le Président de l'Université de CAEN